

Faculté de droit et de criminologie

L'isolement et la contention sous contrainte dans les soins de santé mentale en Belgique.

Tension entre l'obligation de sécurité et les droits fondamentaux du patient malade mental.

Auteur: Marie-Noëlle Lippens-de Cerf
Promoteur: Monsieur Jean-Marc Hausman
Année académique 2018-2019
Finalité justice civile et pénale

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment <http://www.uclouvain.be/plagiat>.

REMERCIEMENTS.

Ce mémoire est le fruit de longues réflexions et recherches personnelles, mais également de discussions stimulantes et de soutien sans lesquels rien n'aurait été possible.

Tout d'abord, je tiens à remercier mon promoteur de mémoire, Monsieur Jean-Marc Hausman, pour sa rigueur et ses recommandations avisées.

Je souhaite ensuite exprimer ma reconnaissance sincère envers mon père, qui m'a guidée et conseillée sans faille tout au long de ce travail qui me tenait tant à cœur.

J'ai aussi eu la chance de pouvoir rencontrer des acteurs de terrain, qui m'ont accordé énormément de leur temps, et sans qui je n'aurais jamais pu espérer avoir une quelconque compréhension de la réalité pratique des soins de santé mentale. Je remercie ainsi Arnaud Philippot, mon partenaire de vie, qui m'a très justement permis de me remettre constamment en question dans mes affirmations, ainsi que Serge Didion et deux autres praticiens de la santé qui ont souhaité rester anonymes.

Je remercie également ma maître de stage, Maître Isabelle Reusens, avec qui j'ai eu des discussions juridiques passionnantes sur mon sujet de mémoire qui ont enrichi ma réflexion.

Enfin, *last but not least*, je souhaite exprimer ma reconnaissance envers chacun de mes proches, juristes et non juristes, qui ont accepté de relire mon mémoire et qui m'ont été d'une immense aide : ma mère et mes frères, Marie Basso, Eléonore Quint, Louise Tixhon, Quentin Adriaens, Nicolas Lhaut, Sarah Dib, Corentin Hage, Julie Paulus, et Livina Frittaion.

Table des matières.

REMERCIEMENTS.....	3
INTRODUCTION.....	7
TITRE I^{er}. Notions.....	8
Chapitre 1^{er}. Les soins de santé mentale en Belgique.....	8
Section 1. La mise en observation.....	9
Section 2. L'internement.....	9
Section 3. Les soins en milieu familial.....	10
Chapitre 2. L'isolement et la contention dans les soins de santé mentale.	11
Section 1. L'isolement.....	12
Section 2. La contention.....	12
TITRE II. Enjeux, cadre juridique et voies de recours.	14
Chapitre 1^{er}. Enjeux de l'isolement et de la contention au regard des droits de l'homme et des droits du patient.....	14
Section 1. La privation de liberté.....	15
Section 2. L'absence de consentement.....	16
Section 3. Le recours à la force et les traitements inhumains et dégradants.....	21
Section 4. L'atteinte à la vie privée et à l'autodétermination.....	24
Chapitre 2. Le cadre juridique belge applicable à l'isolement et à la contention.....	25
Section 1. Le cadre législatif belge applicable à l'isolement et à la contention.....	25
Section 2. Le cadre réglementaire belge applicable à l'isolement et à la contention.....	29
Section 3. Les circulaires ministérielles.....	35
Section 4. Le cadre jurisprudentiel.....	41
Section 5. Le code de déontologie médicale et le code de déontologie des praticiens de l'art infirmier.....	46
Chapitre 3. Les voies de recours.	48
Section 1. Les recours devant les cours et tribunaux.....	48
Section 2. Les recours en matière disciplinaire.....	51
Section 3. Les recours spécifiques au patient malade mental.....	52
TITRE III. La pratique de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale en Belgique.....	54
Chapitre 1^{er}. Les objectifs de l'isolement et de la contention en pratique.....	55
Section 1. L'objectif d'assurer la sécurité du patient et de son entourage.....	55
Section 2. L'objectif thérapeutique.....	55
Section 3. L'objectif du confort du personnel soignant.....	56

Section 4. L'objectif de punir le patient.	57
Chapitre 2. La mise en œuvre de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale en Belgique.	58
Section 1. Le consentement du patient en pratique.	58
Section 2. La mise en œuvre de l'isolement dans la pratique.....	59
Section 3. La mise en œuvre de la contention dans la pratique.....	60
Section 4. La combinaison de l'isolement et de la contention.	61
Section 5. La prescription médicale.	62
Section 6. Une concertation multidisciplinaire.....	62
Section 7. La surveillance.....	63
Section 8. Les règlements internes.	64
TITRE IV. Droit comparé. Le droit français.	64
Chapitre 1^{er}. Les admissions volontaires. L'article L3211-2 du code de la santé publique français.	65
Chapitre 2. Les admissions contraintes. L'article L3222-5-1 du code de la santé publique français.	66
Section 1. Le dernier recours.....	67
Section 2. L'objectif exclusif de sécurité.	67
Section 3. La décision d'un psychiatre.....	68
Section 4. La durée limitée.	69
Section 5. Une surveillance stricte.	69
Section 6. Un espace dédié à l'isolement et la contention.....	70
Section 7. L'existence d'un registre.	71
Section 8. Une politique de limitation des mesures de contrainte dans chaque institution.	72
Section 9. Un rapport annuel.	73
Section 10. Un double contrôle.	74
TITRE V. Analyse critique et proposition de cadre juridique.	75
Chapitre 1^{er}. Analyse critique du cadre juridique existant en Belgique.	75
Section 1. Un manque de normes juridiques réglant l'isolement et la contention en soins de santé mentale.	75
Section 2. Un manque de clarté dans les normes existantes.....	78
Chapitre 2. Proposition de cadre juridique (Annexe V).	78
Section 1. Le principe de subsidiarité de la mesure d'isolement et de contention.	80
Section 2. Le cadre logistique.	82
Section 3. Les conditions d'application des mesures d'isolement et de contention.	84
Section 4. Les conditions à respecter pendant et après les mesures.	89
CONCLUSION.	91

BIBLIOGRAPHIE	93
ANNEXES	104
I. Entretiens avec des praticiens professionnels.	104
A. Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée.....	104
B. Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge.	125
C. Témoignage du chef infirmier de l'unité d'hospitalisation gériatrique de l'hôpital de Lobbes, Serge Didion, lors de la « semaine sécurité patient » du groupe hospitalier de Jolimont de Janvier 2019 : La « thérapie occupationnelle adaptée ».	134
II. Exemples de procédures internes dans un hôpital psychiatrique fermé.	135
III. Annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.	156
IV. Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 à l'attention des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques.....	160
V. Proposition de loi relative à l'isolement et à la contention dans les soins de santé mentale.	170
Article 1 ^{er} . Définitions.....	170
Article 2. Champ d'application.	170
Article 3. Le principe de subsidiarité.	170
Article 4. Le cadre logistique.	171
Article 5. Les objectifs de l'isolement et de la contention.	171
Article 6. Le respect des droits du patient.	171
Article 7. La collaboration avec le patient et ses proches.....	172
Article 8. La proportionnalité.	172
Article 9. La concertation pluridisciplinaire préalable.	172
Article 10. La prescription médicale.	172
Article 11. Une surveillance accrue.....	173
Article 12. Inscription dans le dossier médical du patient et dans un registre contrôlé.....	173
Article 13. Durée maximale.	173
Article 14. Sanction pénale.....	174

INTRODUCTION.

La question de la santé mentale a toujours constitué un enjeu à la fois sociétal et juridique. Chassées des villes au Moyen-Âge ou enfermées en tant que dangers publics aux dix-septième et dix-huitième siècles, les personnes souffrant d'une maladie mentale ont toujours été malmenées par la société de leur temps¹. C'est lors du développement des droits de l'homme à la fin du dix-huitième siècle que l'enfermement des personnes malades mentales a été remis en question et que seul celui à visée thérapeutique a été admis. Les hôpitaux psychiatriques ont ainsi vu le jour et les personnes qui jusque-là étaient considérées comme des « *aliénés*² » ont été reconnues comme des malades méritant d'être soignés³. Le caractère paternaliste qui a caractérisé cette nouvelle approche par la médecine s'est peu à peu effacé avec l'émergence des droits du patient qui placent désormais la collaboration avec le patient et son consentement au cœur de tout acte médical⁴.

Malgré la reconnaissance du principe du consentement, l'enfermement et la contrainte demeurent néanmoins des pratiques courantes en soins de santé mentale en Belgique, avec pour justification la sécurité du patient et de son entourage. Plusieurs méthodes de contrainte sont utilisées, dont l'isolement et la contention. Cependant, ces mesures se heurtent aux droits fondamentaux du patient, protégés par plusieurs normes juridiques internationales et nationales.

La présente étude a pour objet d'analyser la tension entre l'obligation de sécurité⁵ envers le patient malade mental et la protection de ses droits fondamentaux. Nous étudierons les pratiques d'isolement et de contention dans les soins de santé mentale au regard des droits de l'homme, du droit belge, et du droit comparé, avec l'éclairage de témoignages d'acteurs de terrain. Nous introduirons le sujet par une définition des notions (I), pour ensuite dégager les enjeux qui y sont liés et le cadre juridique belge dans lesquels ils s'inscrivent (II), avant de

¹ M.-F. MEURISSE, « Les droits du patient », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, p. 23.

² Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 4.

³ M. VAN DEN EYNDE et J. VANHAVERBEKE, « Le secteur de la santé mentale », carnets d'éducateurs 2008, <http://www.educ.be/carnets/santementale/tout.pdf>, p. 193.

⁴ Organisation mondiale de la Santé, « Législation touchant la santé mentale et les droits de l'homme », Guide des politiques et des services de santé mentale, 2005, p. 23 ; G. GENICOT, « Chapitre 5 - Les patients vulnérables » in *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016, p. 232 ; N. GALLUS, *Précis de la faculté de droit et de criminologie de l'ULB : Bioéthique et droit*, Anthémis, Limal, 2013, p. 187 ; M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 20. ; V. LARGER, *Le médecin et le patient. Ethique d'une relation.*, Paris, L'Harmattan, 2011, p. 7.

⁵ M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 23.

poursuivre par une analyse de la pratique (III) ainsi que d'un exemple du droit comparé (IV) qui permettra une analyse critique ainsi qu'un essai de proposition de cadre juridique (V).

TITRE I^{er}. Notions.

Chapitre 1^{er}. Les soins de santé mentale en Belgique.

1. Il existe en Belgique un grand nombre de types de soins de santé mentale. Outre les services hospitaliers psychiatriques, il existe également des maisons de soins psychiatriques⁶, des initiatives d'habitation protégée⁷, des centres de revalidation psycho sociale⁸, ou encore des centres de santé mentale⁹, qui représentent chacun un système distinct¹⁰.

Cependant, seuls les services hospitaliers retiendront notre attention, les autres types de soins s'adressant à des patients ne nécessitant en principe pas un traitement en continu, donc ni isolement ni contention, puisqu'ils ne représentent pas un danger pour autrui ou pour eux-mêmes¹¹.

En ce qui concerne les services hospitaliers en soins de santé mentale, il existe d'une part les hôpitaux psychiatriques, accueillant exclusivement des patients présentant une maladie mentale, et d'autre part les services psychiatriques insérés dans des hôpitaux généraux, chacun divisé en unités pour adultes et services pour enfants ou adolescents¹². Nous nous limiterons ici aux services destinés aux patients adultes, les soins de santé mentale pour enfants ou adolescents présentant des particularités spécifiques¹³.

2. L'hospitalisation d'un patient peut se conduire volontairement ou sous contrainte. Il est important de distinguer juridiquement ces deux procédures. La première concerne l'hospitalisation volontaire, qui est régie par l'article 3 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, qui prévoit que « *la personne qui se fait*

⁶ M. VAN DEN EYNDE et J. VANHAVERBEKE, *op. cit.*, p. 199.

⁷ *Ibid.*, p. 200.

⁸ *Ibid.*, p. 201.

⁹ *Ibid.*, p. 204.

¹⁰ *Ibid.*, p. 197.

¹¹ *Ibid.*, p. 199.

¹² *Ibid.*, p. 197.

¹³ Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant, « Les droits des enfants en service psychiatrique », Novembre 2008, https://www.lacode.be/IMG/pdf/droit_20enfant_20en_20service_20k.pdf, p. 4.

*librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment*¹⁴. ». La seconde, quant à elle, fait référence à l'hospitalisation forcée, qui s'effectue sous la contrainte, et donc sans le consentement du patient, par une mise en observation, un internement, ou des soins en milieu familial.

Section 1. La mise en observation.

3. La mise en observation consiste en une hospitalisation forcée mise en œuvre par une décision du juge de paix dans « *un service psychiatrique*¹⁵ », lorsque les trois conditions de l'article 2 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux sont remplies, c'est-à-dire qu'elle est réalisée à l'égard d'un « *malade mental dont l'état requiert une mesure de protection* », « *qu'il mette gravement en péril sa santé, sa sécurité, ou celle d'autrui* », et ce « *à défaut de tout autre traitement approprié*¹⁶ »¹⁷.

4. En cas d'urgence, c'est le procureur du Roi qui décide de mettre en observation, selon la procédure prévue à l'article 9 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne malade mentale, et sur la base d'un certificat médical circonstancié. Le juge de paix se prononce sur cette décision dans les vingt-quatre heures qui suivent¹⁸.

La mise en observation dure en principe quarante jours¹⁹, mais le juge de paix peut juger qu'il est nécessaire de maintenir l'hospitalisation forcée passé ce délai, pour un maximum de deux ans²⁰.

Section 2. L'internement.

5. L'internement implique également une forme d'hospitalisation forcée, mais se distingue de la mise en observation par le fait qu'il est destiné à une personne « *qui a commis un crime*

¹⁴ Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, M.B., 27 juillet 1990, p. 14806, art. 3.

¹⁵ *Ibid.*, art. 4.

¹⁶ *Ibid.*, art. 2, al. 1^{er}.

¹⁷ F. GUIOT-GOFFIOUL et R. WAXWEILER, « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien. Liberté et suivi du patient : regard croisé. », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, pp. 129-149 ; K. ROTTHIER, *Gedwongen opname van de geesteszieke*, Brugge, Die Keure, 2012, p. 7.

¹⁸ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 9 ; M.-M. DE SOETE et P. WAUTIER, « L'information du parquet pour la suite de la procédure », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, pp. 43-54.

¹⁹ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 11.

²⁰ *Ibid.*, art. 13.

ou un délit²¹ portant atteinte à ou menaçant l'intégrité physique ou psychique de tiers et qui, au moment de la décision, est atteinte d'un trouble mental qui abolit ou altère gravement sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes et pour laquelle le danger existe qu'elle commette de nouveaux faits en raison de son trouble mental, éventuellement combiné avec d'autres facteurs de risque²². » L'internement est ainsi ordonné par les juridictions d'instruction, sur la base d'une expertise psychiatrique médico-légale²³, afin de protéger la société et de fournir les soins dont la personne a besoin dans le but de s'y réinsérer²⁴.

L'internement est également différent de la mise en observation car il est effectué, pour des raisons de sûreté²⁵, dans un établissement de défense sociale désigné par la chambre de protection sociale²⁶, et non dans un hôpital psychiatrique ou dans un service psychiatrique d'un hôpital général. En l'attente d'une décision d'internement, la personne en question sera placée provisoirement dans l'annexe psychiatrique d'une prison²⁷.

Section 3. Les soins en milieu familial.

6. Certains patients s'avèrent moins dangereux lorsqu'ils sont encadrés par leur propre famille ou par une famille d'accueil²⁸. C'est pourquoi le législateur a prévu une autre modalité d'hospitalisation forcée, à savoir les soins en milieu familial²⁹. Ceux-ci peuvent être ordonnés par le juge de paix conformément à l'article 23 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et consiste également en une mise sous protection selon la loi, à condition que « *l'état d'un malade mental et les circonstances permettent (...) de le soigner dans une famille³⁰* ». Ces soins sont mis en œuvre par une procédure quasiment identique à celle

²¹ C. pén., art. 71 : « *Il n'y a pas d'infraction lorsque l'accusé ou le prévenu était atteint, au moment des faits, d'un trouble mental qui a aboli sa capacité de discernement ou de contrôle de ses actes ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister.* »

²² Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, M.B., 9 juillet 2014, p. 52159, art. 9.

²³ *Ibid.*, art. 5.

²⁴ *Ibid.*, art. 2, al. 1^{er}.

²⁵ *Ibid.*, art. 2.

²⁶ *Ibid.*, art. 77/8.

²⁷ *Ibid.*, art. 77/5.

²⁸ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 111.

²⁹ Arrêté royal du 10 avril 1991 fixant les normes auxquelles la fonction de soins psychiatriques en milieu familial doit satisfaire pour être agréée, M.B., 30 avril 1991, p. 9100, art. 1^{er} ; Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 110.

³⁰ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 23 ; Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 111.

de la mise en observation³¹. Les travaux préparatoires de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux expliquent que « *la notion de milieu familial doit être interprétée au sens large, étant entendu qu'une personne doit être chargée de veiller sur le malade et qu'un médecin responsable doit être désigné*³² ». Notons que les personnes qui accueillent une personne nécessitant des mesures de protection sont accompagnées par un service de soins hospitaliers psychiatriques³³.

7. Pour des raisons non seulement de concision mais aussi d'accès aux sources, notre analyse se concentrera sur les mesures d'isolement et de contention dans les hôpitaux psychiatriques et les services psychiatriques en hôpitaux généraux chez les adultes.

Chapitre 2. L'isolement et la contention dans les soins de santé mentale.

8. L'isolement et la contention constituent « *des mesures de protection limitées dans le temps pour prévenir une violence imminente sous-tendue par des troubles mentaux*³⁴ » qui sont fréquemment mises en œuvre dans les soins de santé mentale afin d'assurer la sécurité du patient et de son entourage. En tant qu'actes médicaux, ces mesures doivent en principe être effectuées avec le consentement du patient (§§ 20 et suiv.)³⁵. Néanmoins, selon le Conseil Supérieur de la Santé belge³⁶, celles-ci sont très souvent mises en œuvre sous la contrainte dans les services de soins de santé mentale en Belgique. C'est en particulier dans ce contexte de contrainte que nous étudierons ces deux pratiques.

³¹ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 4.

³² *Ibid.*, p. 112.

³³ Arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1991, p. 16628, art. 14.

³⁴ Haute Autorité de la Santé, Service des bonnes pratiques professionnelles, *Isolement et contention en psychiatrie générale*, Recommandations pour la pratique clinique, février 2017, p. 5.

³⁵ Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719, art. 8.

³⁶ Conseil Supérieur de la Santé : « Aborder et gérer les conflits et pratiques des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale ». Bruxelles : CSS ; 2016. Avis n° 9193, p. 31 : « *Le Conseil Supérieur de la Santé est un service fédéral relevant du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement. Il a été fondé en 1849 et rend des avis scientifiques relatifs à la santé publique aux ministres de la santé publique et de l'environnement, à leurs administrations et à quelques agences. Ces avis sont émis sur demande ou d'initiative. Le CSS ne prend pas de décisions en matière de politique à mener, il ne les exécute pas mais il tente d'indiquer aux décideurs politiques la voie à suivre en matière de santé publique sur base des connaissances scientifiques les plus récentes.* »

Section 1. L'isolement

9. L'isolement consiste en un « *placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients*³⁷. »

10. Cette mesure, si elle peut « *amener un sentiment de sécurité et d'apaisement* »³⁸ lorsqu'elle est volontaire et qu'elle s'inscrit dans un cadre thérapeutique, peut avoir des conséquences négatives tant chez le patient que chez le personnel soignant lorsqu'elle est mise en œuvre sous la contrainte. Le Conseil Supérieur de la Santé belge cite comme effets psychologiques probables « *l'exacerbation de réactions émotionnelles traumatiques comme la peur, l'anxiété et la colère* » ou encore des « *sentiments d'étrangeté, d'isolement et d'angoisse [qui] peuvent à leur tour générer de l'agressivité et de la violence* »³⁹. Ces effets négatifs peuvent causer un traumatisme profond pour le patient⁴⁰ et constituer un obstacle à la coopération du patient dans les processus de soins⁴¹.

Section 2. La contention.

11. La contention est définie comme une « *privation de liberté résultant d'une immobilisation du patient dans le but d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui*⁴² » lorsque le patient présente un comportement agité qui pourrait causer une chute, une tentative de suicide, une agressivité envers son entourage, ou encore l'arrachage du matériel médical⁴³. Cette mesure est généralement mise en œuvre lorsque l'isolement ne suffit pas à calmer le patient⁴⁴.

12. Il existe trois types de contention : la contention manuelle, la contention mécanique, et la contention chimique.

³⁷ Haute Autorité de la Santé, *op. cit.*, p. 9.

³⁸ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*, p. 22.

³⁹ *Ibid.*, p. 21.

⁴⁰ N. CANODU et L. BOYER, « Evolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *L'information psychiatrique*, 2011/7, pp. 589-593.

⁴¹ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*, p. 21.

⁴² *Ibid.*

⁴³ W. MARKS, « Physical Restraints in the Practice of Medicine: Current Concepts », *Arch Intern Med.* 1992;152(11), p. 2204.

⁴⁴ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*, p. 23.

13. La contention manuelle consiste en un « *maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique*⁴⁵ ».

14. La contention mécanique est l'« *utilisation de tous moyens, méthodes, matériels ou vêtements empêchant ou limitant les capacités de mobilisation volontaire de tout ou partie du corps dans un but de sécurité pour un patient dont le comportement présente un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui*⁴⁶ ». Elle peut être mise en œuvre par exemple par des sangles, une ceinture abdominale, un harnais d'épaule, des attache-poignets, des attache-chevilles⁴⁷, ou encore des barrières de lit⁴⁸.

15. Paradoxalement, si la contention a pour but d'assurer la sécurité du patient, elle peut aussi être la source de lésions psychologiques⁴⁹ et physiques⁵⁰ non seulement par le sentiment d'humiliation, de démoralisation, de peur ou d'inconfort qu'elle peut créer⁵¹, mais également car elle a pour effet de « *rendre le patient plus agité, et d'augmenter sa volonté de se libérer, donnant ainsi lieu à un risque plus grand de lésions corporelles*⁵². » Elle peut également causer des dommages physiques tels qu'une perte de masse musculaire, une augmentation de l'ostéoporose, de l'incontinence, des escarres, une perte d'appétit, des infections nosocomiales ou des ulcères⁵³. Des accidents graves peuvent également en résulter, tels que le coinçage dans une barrière de lit, une strangulation⁵⁴ ou des blessures au thorax et à la tête⁵⁵ causées par les sangles.

⁴⁵ Haute Autorité de la Santé, *op. cit.*, p. 9.

⁴⁶ *Ibid.*

⁴⁷ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, p. 230.

⁴⁸ P. MUYLAERT, « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention », *Consilio*, 2013/2, p. 81.

⁴⁹ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2204.

⁵⁰ P. MUYLAERT, *op. cit.*, p. 79.

⁵¹ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2204.

⁵² Commission technique de l'art infirmier (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement), *Groupe de travail : contention et isolement, rapport final*, octobre 2007, p. 6 ; Arrêté royal du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11881, art. 5 ; art. 21quinquies, 21quaterdecies, §1^{er} : « Il est institué auprès du Ministère de la Santé publique et de la Famille une Commission technique de l'art infirmier. Cette commission a pour mission de donner les avis visés à l'article 46bis, § 1^{er}. » et §5 : « Le Roi règle l'organisation et le fonctionnement de la commission technique. » ; art. 46bis.

⁵³ Haute Autorité de la Santé, *op. cit.*, p. 9.

⁵⁴ A. VAN DE VYVERE et C. DUMONT, « Procédures et contention physique », *Rev. Med. Brux.*, 2013, p. 371 ; W. MARKS, *op. cit.*, p. 2204.

⁵⁵ W. MARKS, *op. cit.*, pp. 2203-2204 ; A.H. DUBE and E.K. MITCHELL, « Accidental strangulation from vest restraints », *JAMA*, 1986, pp. 2725-2726 ; L. KATZ, « Accidental strangulation from vest restraints », *JAMA*, 1987, pp. 2032-2033 ; Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 231-232.

⁵⁶ P. MUYLAERT, *op. cit.*, p. 81.

Plusieurs études scientifiques concluent ainsi que l'efficacité de la contention est difficilement défendable⁵⁶.

16. La contention chimique est à distinguer de la contention manuelle et mécanique. Elle consiste en l'administration d'un médicament, le plus souvent un tranquillisant ou un antidépresseur⁵⁷ qui ne fait pas normalement partie du traitement et qui est utilisé à des fins de modification du comportement du patient malade mental⁵⁸. Les risques liés à la contention chimique sont en général mieux connus des praticiens de la santé que ceux des autres types de contention. Il s'agit de risques liés à la « *sursédation* », qui peut mener à une exacerbation de confusion, à des chutes, et à des arrêts respiratoires⁵⁹.

TITRE II. Enjeux, cadre juridique et voies de recours.

Chapitre 1^{er}. Enjeux de l'isolement et de la contention au regard des droits de l'homme et des droits du patient.

17. L'objectif principal de l'isolement et de la contention est d'assurer la sécurité du patient et de son entourage. Toutefois, ces mesures représentent une atteinte aux droits fondamentaux du patient. Une tension existe ainsi en permanence entre le devoir de sécurité et le respect des droits du patient⁶⁰. L'isolement et la contention représentent ainsi des enjeux juridiques importants, tels que la privation de liberté, l'absence de consentement, le recours à la force, et l'atteinte à la vie privée et à l'autodétermination.

18. Plusieurs sources seront examinées dans ce chapitre : la Déclaration universelle des droits de l'homme⁶¹, la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales⁶², la Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine⁶³, la Convention relative

⁵⁶ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2205; A.H. DUBE and E.K. MITCHELL, *op. cit.*, pp. 2725-2726; L. KATZ, *op. cit.*, pp. 2032-2033 ; A. VAN DE VYVERE et C. DUMONT, *op. cit.*, p. 371.

⁵⁷ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2203.

⁵⁸ *Ibid.*

⁵⁹ *Ibid.*

⁶⁰ M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 23 ; Section « Programmation et Agrément » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *avis relatif aux admissions forcées*, 12 décembre 2002, p.4.

⁶¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, signée à Paris le 10 décembre 1948, *M.B.*, 31 mars 1949, p. 2488.

⁶² Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955, p. 5028.

⁶³ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, signée à Oviedo le 4 avril 1997, non approuvée par la Belgique.

aux droits des personnes handicapées⁶⁴, la Charte des valeurs fondamentales de l'Union européenne⁶⁵, la Constitution belge, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁶⁶, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux⁶⁷ ainsi que la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme.

Section 1. La privation de liberté.

19. L'isolement et la contention ont pour conséquence une atteinte majeure aux droits fondamentaux des individus de par la privation de liberté du patient qu'ils provoquent. La Déclaration universelle des droits de l'homme prévoit dans son article 1^{er} que « *Tous les êtres humains naissent libres*⁶⁸ ». Aussi, tant la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales⁶⁹ (ci-après « C.E.D.H. ») que la Constitution belge⁷⁰ prévoient qu'à moins qu'il ne s'agisse d'une arrestation prévue par la loi, chacun a droit à la « *liberté individuelle* » et à « *la sûreté* ». De plus, cette protection est précisée à l'égard des personnes souffrant d'une maladie mentale notamment par la Convention relative aux droits des personnes handicapées⁷¹ à laquelle la Belgique est partie, et par la loi belge du 26 juin 1990 qui prévoit que « *sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle, sans préjudice de l'application de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes*⁷². »

⁶⁴ Convention relative aux droits des personnes handicapées, signée à New York le 13 décembre 2006, approuvée par la loi du 13 mai 2009, *M.B.*, 22 juillet 2009, p. 50169.

⁶⁵ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, adoptée le 7 décembre 2000, *J.O.C.E.*, 18 décembre 2000, C364/1.

⁶⁶ Loi du 22 août 2002 précitée.

⁶⁷ Loi du 26 juin 1990 précitée.

⁶⁸ Déclaration universelle des droits de l'homme, précitée, art. 1^{er}.

⁶⁹ Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, précitée, art. 5, §1er, al. 1er.

⁷⁰ Const., art. 12.

⁷¹ Convention relative aux droits des personnes handicapées, précitée, art. 14 : « 1. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, sur la base de l'égalité avec les autres : a) Jouissent du droit à la liberté et à la sûreté de leur personne; b) Ne soient pas privées de leur liberté de façon illégale ou arbitraire; ils veillent en outre à ce que toute privation de liberté soit conforme à la loi et à ce qu'en aucun cas l'existence d'un handicap ne justifie une privation de liberté.

2. Les États Parties veillent à ce que les personnes handicapées, si elles sont privées de leur liberté à l'issue d'une quelconque procédure, aient droit, sur la base de l'égalité avec les autres, aux garanties prévues par le droit international des droits de l'homme et soient traitées conformément aux buts et principes de la présente Convention, y compris en bénéficiant d'aménagements raisonnables. »

⁷² Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 1er, §1er.

La philosophie initiale de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux est en effet de « *limiter autant que possible la privation de liberté* »⁷³. Ainsi, la liberté constitue et demeure la règle, et la privation de liberté, l'exception⁷⁴. C'est pour cette raison que le législateur s'est assuré que la privation de liberté utilisée comme mesure de protection ne puisse être appliquée que sur décision du juge de paix⁷⁵. Toute mesure d'isolement ou de contention constitue une privation de liberté et doit dès lors respecter les conditions prévues par la loi, sous peine de violer le droit fondamental à la liberté du patient.

Section 2. L'absence de consentement.

20. Comme nous l'avons indiqué en introduisant le sujet de cette étude, le consentement est aujourd'hui la pierre angulaire de tout traitement médical. Or, l'isolement et la contention se pratiquent dans la plupart des cas sans consentement⁷⁶. Ceci est d'autant plus vrai dans le cadre des services de soins de santé mentale, étant donné que le patient est souvent considéré comme trop agité pour que son consentement puisse être recueilli ou parce que « *la dimension de contrainte qui accompagne un certain nombre d'hospitalisations psychiatriques incite souvent les soignants à ne pas rechercher l'expression du consentement du patient* »⁷⁷. Cependant, l'expression du consentement libre et éclairé est l'un des droits fondamentaux du patient, protégé tant en droit international qu'en droit belge. Procéder à un acte médical sans consentement préalable du patient constitue ainsi une mesure de contrainte et une violation de ses droits⁷⁸.

Tout d'abord, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne prévoit dans son article 3, paragraphe 2 que « *Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent*

⁷³ Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 2 ; Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 3.

⁷⁴ Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 2 ; Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 3.

⁷⁵ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois précité, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 2.

⁷⁶ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*, p. 31.

⁷⁷ M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 25.

⁷⁸ Commission fédérale « Droits du patient », *avis relatif à l'application de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient dans le secteur des soins de santé mentale ou au droit du patient au consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel*, 18 mars 2011, p. 2.

*notamment être respectés : le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi*⁷⁹ ».

La Convention sur les Droits de l'Homme et de la biomédecine précise en outre en son article 5 que

*« Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. Cette personne reçoit préalablement une information adéquate quant au but et à la nature de l'intervention ainsi que quant à ses conséquences et ses risques. La personne concernée peut, à tout moment, librement retirer son consentement*⁸⁰. »

Cette convention prévoit en outre dans son article 6 que si un majeur n'a pas la capacité de consentir en raison d'une maladie mentale, le consentement doit être recherché auprès de son représentant désigné par la loi, qui peut retirer son consentement à tout moment. Elle prévoit également que le patient *« doit dans la mesure du possible être associée à la procédure d'autorisation »*, et que le traitement médical ne peut être effectuée que pour son bénéfice direct⁸¹.

21. Même si cette convention n'a pas été signée par la Belgique⁸², malgré le fait qu'elle fasse partie du Conseil de l'Europe et malgré l'avis du Conseil consultatif de Bioéthique de Belgique en 1997⁸³, le législateur belge a toutefois adopté une loi qui reconnaît un droit au consentement similaire à celui de cette convention. En effet, l'article 8, paragraphe 1^{er} de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit que

*« Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable [...] »*⁸⁴.

⁷⁹ Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, précitée, art. 3.

⁸⁰ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, précitée, art. 5.

⁸¹ *Ibid.*, art. 6, §1^{er}, §3, §4 et §5.

⁸² Réponse donnée à la question de Petra De Sutter, Sén., séance du 22 juin 2016, n° 6-973, disponible sur www.senate.be.

⁸³ Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *avis n° 2 concernant la Convention du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine*, 7 juillet 1997, p. 8.

⁸⁴ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8 : « § 1^{er}. Le patient a le droit de consentir librement à toute intervention du praticien professionnel moyennant information préalable. Ce consentement est donné expressément, sauf lorsque le praticien professionnel, après avoir informé suffisamment le patient, peut raisonnablement inférer du comportement de celui-ci qu'il consent à l'intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel et avec l'accord du praticien professionnel ou du patient, le consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient.

§ 2. Les informations fournies au patient, en vue de la manifestation de son consentement visé au § 1^{er}, concernent l'objectif, la nature, le degré d'urgence, la durée, la fréquence, les contre-indications, effets secondaires et risques inhérents à l'intervention et pertinents pour le patient, les soins de suivi, les alternatives possibles et les répercussions financières. Elles concernent en outre les conséquences possibles en cas de refus ou de retrait du consentement, et les autres précisions jugées souhaitables par le patient ou le praticien professionnel, le cas échéant en ce compris les dispositions légales devant être respectées en ce qui concerne une intervention.

En vertu de ces dispositions, aucune prestation de soins ne peut en principe être pratiquée sans le consentement du patient que celui-ci doit avoir donné librement, c'est-à-dire avec la capacité de comprendre et d'exprimer valablement sa volonté, sans contrainte physique ni morale d'un tiers⁸⁵, et de manière éclairée, après avoir reçu toutes les informations utiles exprimées de manière compréhensible⁸⁶. En outre, le patient peut retirer son consentement à tout moment⁸⁷ et dispose du droit à être informé de son état de santé et à consulter son dossier⁸⁸.

22. L'article 14, paragraphe 4 de la loi du 22 août relative aux droits du patient prévoit dans le même ordre d'idées que « *le patient est associé à l'exercice de ses droits autant qu'il est possible et compte tenu de sa capacité de compréhension*⁸⁹. »

23. La loi prévoit cependant des exceptions à ce droit au consentement libre et éclairé.

Si le consentement libre et éclairé du patient ne peut être recueilli car il n'est pas capable de discernement, ce qui est souvent le cas pour un patient souffrant d'une maladie mentale, il existe un système pour s'assurer que son droit soit tout de même respecté. Tout d'abord, le soignant vérifie si le patient a rédigé une déclaration anticipée dans laquelle il aurait, lorsqu'il était encore capable de donner son consentement, affirmé son désaccord pour un acte médical déterminé⁹⁰. Une déclaration anticipée ne peut avoir pour objet que le refus d'un acte, ne peut en aucun cas contenir un consentement préalable à un acte médical⁹¹ et « *doit, selon l'esprit du*

§ 3. Les informations visées au § 1er sont fournies préalablement et en temps opportun, ainsi que dans les conditions et suivant les modalités prévues aux §§ 2 et 3 de l'article 7.

§ 4. Le patient a le droit de refuser ou de retirer son consentement, tel que visé au § 1er, pour une intervention. A la demande du patient ou du praticien professionnel, le refus ou le retrait du consentement est fixé par écrit et ajouté dans le dossier du patient. Le refus ou le retrait du consentement n'entraîne pas l'extinction du droit à des prestations de qualité, tel que visé à l'article 5, à l'égard du praticien professionnel. Si, lorsqu'il était encore à même d'exercer les droits tels que fixés dans cette loi, le patient a fait savoir par écrit qu'il refuse son consentement à une intervention déterminée du praticien professionnel, ce refus doit être respecté aussi longtemps que le patient ne l'a pas révoqué à un moment où il est lui-même en mesure d'exercer ses droits lui-même.

§ 5. Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient. Le praticien professionnel en fait mention dans le dossier du patient visé à l'article 9 et agit, dès que possible, conformément aux dispositions des paragraphes précédents. »

⁸⁵ N. GALLUS, *op. cit.*, p. 191.

⁸⁶ *Ibid.*, p. 192.

⁸⁷ G. SCHAMPS, « L'autonomie du patient dans le cadre des soins de santé et les interventions possibles de proches en droit belge », in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Droit médical et éthique médicale : regards contemporains*, sous la direction de B. PY, F. VIALLA, et J. LEONHARD, Bordeaux, LEH, 2015, p. 169.

⁸⁸ Loi du 22 août 2002 précitée, art.7 et 9.

⁸⁹ *Ibid.*, art. 14, §4.

⁹⁰ N. GALLUS, *op. cit.*, p. 196.

⁹¹ *Ibid.*, p. 197.

*législateur, être respectée par le médecin ou par le représentant, même si cette décision peut porter atteinte à son intégrité physique ou mettre sa vie en danger*⁹²».

En l'absence d'une telle déclaration anticipée, le soignant s'adresse au représentant du patient, conformément à l'article 14 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient⁹³. Tout d'abord, un mandat écrit peut avoir été conféré par lequel le patient aurait désigné une personne pour se substituer à lui. En l'absence d'un tel mandat, le représentant sera désigné par la loi selon un régime en « cascade ».

La loi désigne en priorité l'administrateur de la personne du patient⁹⁴, s'il y en a un. À défaut, ce sera le partenaire cohabitant du patient qui exercera ses droits. En cas de refus de ce dernier ou d'impossibilité, ce seront les enfants majeurs du patient qui seront ses représentants ou, à défaut, ses père et mère. Enfin, en dernier ressort, c'est le praticien qui assurera le respect des droits du patient, dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire et dans l'intérêt du patient⁹⁵.

L'article 15, paragraphe 2 de cette loi 22 août 2002 prévoit en outre que le praticien professionnel, dans un cadre de consultation pluridisciplinaire, peut déroger à une décision prise par un proche, lorsque c'est « *dans l'intérêt du patient et afin de prévenir toute menace pour sa vie ou toute atteinte grave à sa santé*⁹⁶ ». Cependant, s'il s'agit d'une décision du mandataire du patient, ce n'est que lorsque le mandataire « *ne peut invoquer la volonté expresse du patient* » que le praticien pourra y déroger. Le soignant devra dans ce cas ajouter une motivation écrite dans le dossier du patient⁹⁷.

Le soignant peut également se retrouver dans l'impossibilité de recueillir le consentement libre et éclairé du patient en raison de l'urgence d'une situation, auquel cas l'article 8 de la Convention sur les Droits de l'Homme et de la biomédecine permet l'« *intervention médicalement indispensable pour le bénéfice de la santé de la personne concernée*⁹⁸ ». Dans le même sens, la loi belge dispose en l'article 8, paragraphe 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient que

⁹² G. SCHAMPS, *op. cit.*, p. 171.

⁹³ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 14.

⁹⁴ C. civ., art. 492/1, § 1er, al. 4.

⁹⁵ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 14, §3, al. 3 ; G. GENICOT, *op. cit.*, pp. 266-267.

⁹⁶ *Ibid.*, art.15, § 2.

⁹⁷ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 15.

⁹⁸ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, précitée, art. 8.

« Lorsque, dans un cas d'urgence, il y a incertitude quant à l'existence ou non d'une volonté exprimée au préalable par le patient ou son représentant visé au chapitre IV, toute intervention nécessaire est pratiquée immédiatement par le praticien professionnel dans l'intérêt du patient⁹⁹. (...) »

Le professeur G. SCHAMPS, ancienne présidente de la Commission fédérale « Droits du patient », y voit « *une application de l'état de nécessité* » par le législateur belge (§ 80)¹⁰⁰.

La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit que tout acte mis en œuvre dans l'urgence doit être recensé dans le dossier médical du patient, et que le patient-même¹⁰¹, ou son représentant¹⁰² doit en être informé dès que possible¹⁰³. L'acte médical doit en outre être posé « *dans l'intérêt du patient*¹⁰⁴ ».

24. Pour les personnes handicapées, dont les patients malades mentaux font partie, l'article 25 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées exige de même leur consentement libre et éclairé, et prévoit ce qui suit :

« [...] En particulier, les États Parties [...] d) Exigent des professionnels de la santé qu'ils dispensent aux personnes handicapées des soins de la même qualité que ceux dispensés aux autres, notamment qu'ils obtiennent le consentement libre et éclairé des personnes handicapées concernées; à cette fin, les États Parties mènent des activités de formation et promulguent des règles déontologiques pour les secteurs public et privé de la santé de façon, entre autres, à sensibiliser les personnels aux droits de l'homme, à la dignité, à l'autonomie et aux besoins des personnes handicapées¹⁰⁵. »

25. De même, la Convention sur les Droits de l'Homme et de la biomédecine, en son article 7, ne dispense de l'exigence du consentement préalable pour les personnes souffrant d'un trouble mental que « *lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé* » et souligne les conditions de protection, de surveillance et de contrôle et l'importance de la possibilité de recours¹⁰⁶.

26. En droit belge, en revanche, il n'y a pas de protection équivalente spécifique pour les patients présentant des troubles mentaux. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne réglant pas la question du consentement, certains auteurs

⁹⁹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8, §5.

¹⁰⁰ G. SCHAMPS, *op. cit.*, p. 175.

¹⁰¹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8, § 1^{er}.

¹⁰² *Ibid.*, art. 14.

¹⁰³ *Ibid.*, art. 8, § 5.

¹⁰⁴ *Ibid.*

¹⁰⁵ Convention relative aux droits des personnes handicapées, précitée, art. 1^{er} al. 2, « *Par personnes handicapées on entend des personnes qui présentent des incapacités physiques, mentales, intellectuelles ou sensorielles durables dont l'interaction avec diverses barrières peut faire obstacle à leur pleine et effective participation à la société sur la base de l'égalité avec les autres.* » ; art. 25, d).

¹⁰⁶ Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, précitée, art. 7 : « *La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours.* »

considèrent que le patient malade mental conserve donc son droit à consentir, tandis que d'autres interprètent le silence du législateur comme l'autorisation de mettre en œuvre des traitements sous contrainte lorsqu'il s'agit de protéger l'ordre public¹⁰⁷. La première interprétation doctrinale sera préférée dans cette étude. En effet, la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne prévoyant rien en ce qui concerne le consentement du patient malade mental, c'est selon nous l'article 8 de la loi générale¹⁰⁸ du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui devrait s'appliquer. Conformément à son article 2, la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient régit les droits de « *la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés* »¹⁰⁹. Dès lors, il faut considérer que le patient malade mental, même lors d'une admission sous contrainte, entre dans le champ d'application de cette loi¹¹⁰ et a, comme tout autre patient, droit au consentement libre et éclairé prévu par l'article 8, même en cas d'isolement ou de contention en soins de santé mentale¹¹¹.

Section 3. Le recours à la force et les traitements inhumains et dégradants.

27. L'isolement et la contention sont souvent mis en œuvre par un recours à la force qui peut être une source d'humiliation et porter atteinte à la dignité humaine du patient¹¹², et ainsi violer les droits de l'homme¹¹³. La notion de « dignité humaine » est définie par le dictionnaire juridique de Gérard Cornu comme étant la « *valeur éminente appartenant à toute personne physique du seul fait de son appartenance à l'espèce humaine* »¹¹⁴.

La Déclaration universelle des droits de l'homme considère dans son préambule que « *la reconnaissance de la dignité inhérente à tous les membres de la famille humaine et de leurs*

¹⁰⁷ A. VAN OEVELEN, « De aansprakelijkheid jegens psychisch gehandicapten », *R.G.A.R.*, 1980, n° 10.151, n°5, pp. 1-32 ; F. SWENNEN, *Geestesgestoorden in het burgerlijk recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000 ; M.-N. VEYS, *De wet patiëntenrechten in de psychiatrie*, Gent, Larcier, 2008 ; P. STAQUET, « Loi relative aux droits du patient et psychiatrie », in *Liber amicorum Jean-Luc Fagnart*, Louvain-la-Neuve, Anthemis / Bruylant, 2008, 807, cités par G. GENICOT, *op. cit.*, p. 255.

¹⁰⁸ G. SCHAMPS, *op. cit.*, p. 168.

M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 23.

¹⁰⁹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 2.

¹¹⁰ N. GALLUS, *op. cit.*, p. 187.

¹¹¹ Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.*, p. 3.

¹¹² W. MARKS, *op. cit.*, p. 2204.

¹¹³ N. GALLUS, *op. cit.*, p. 13.

¹¹⁴ G. CORNU, *Vocabulaire juridique*, Presses universitaires de France, Paris, 2007, p. 461.

*droits égaux et inaliénables constitue le fondement de la liberté, de la justice et de la paix dans le monde*¹¹⁵ » et prévoit dès son article 1^{er} le droit fondamental à la dignité humaine¹¹⁶.

En droit belge, le droit à la dignité humaine est garanti d'une part par l'article 23 de la Constitution¹¹⁷, et d'autre part par l'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient qui dispose que

*« Le patient a droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite*¹¹⁸. »

En outre, l'article 5 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient garantit à ce dernier le *« droit, de la part du praticien professionnel, à des prestations de qualité répondant à ses besoins et ce, dans le respect de sa dignité humaine et de son autonomie et sans qu'une distinction d'aucune sorte ne soit faite*¹¹⁹. »

28. Cependant, ce droit n'a pas été repris comme tel par la C.E.D.H, et la question de savoir si ce droit fondamental n'y est consacré ne serait-ce qu'implicitement est controversée en doctrine¹²⁰ et ne sera pas davantage abordée ici.

29. Tout comme la Déclaration universelle des droits de l'homme¹²¹, la C.E.D.H. prévoit en son article 3 que *« Nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants*¹²². » La Cour européenne des droits de l'homme considère que cette garantie est fondamentale dans une société démocratique¹²³ et que les abus de l'isolement et de la contention sur des malades mentaux sont des traitements inhumains et dégradants violant l'article 3 de la C.E.D.H. C'est ainsi que dans l'arrêt Koutcherouk c. Ukraine, la Cour considère que *« le fait de menotter le requérant pendant sept jours, alors que l'intéressé avait une maladie mentale,*

¹¹⁵ Déclaration universelle des droits de l'homme, précitée, préambule.

¹¹⁶ *Ibid.*, art. 1^{er}.

¹¹⁷ Const., art. 23 : *« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. [...] Ces droits comprennent notamment : [...] 2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique ; [...] »*

¹¹⁸ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 5.

¹¹⁹ *Ibid.*

¹²⁰ J. ANTCHANDIE, « Béatrice MAURER, « Le principe de respect de la dignité humaine et la Convention européenne des droits de l'homme. », *Pouvoirs dans la Caraïbe*, n°20, 2000.

¹²¹ Déclaration universelle des droits de l'homme, précitée, art. 5.

¹²² Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, précitée, art. 3.

¹²³ C.E.D.H., McCann et autres c. Royaume-Uni du 27 septembre 1995, <https://hudoc.echr.coe.int>, consulté le 10 mai 2019.

et ce sans justification psychiatrique ni traitement médical, doit passer pour un traitement inhumain et dégradant¹²⁴. ». La Cour a également affirmé dans l'arrêt M.S. c. Croatie que mettre en isolement et sous contention pendant plus de quinze heures une patiente dans un hôpital psychiatrique sans qu'il s'agisse d'une mesure nécessaire de dernier recours et sans qu'elle soit assortie de toutes les garanties nécessaires constituait une violation de l'article 3 de la C.E.D.H.¹²⁵.

L'Etat belge a également été condamné à plusieurs reprises par la Cour européenne des droits de l'homme pour la violation de l'article 3 de la C.E.D.H., en raison des traitements inhumains et dégradants subis par les personnes internées dans les annexes psychiatriques des prisons belges¹²⁶. La Belgique fait ainsi l'objet d'un arrêt-pilote de la Cour à ce sujet, dans l'arrêt W.D. c. Belgique¹²⁷, où la Cour a demandé à l'Etat belge de remédier de manière générale à cette situation, dans la mesure où plus d'une quarantaine d'affaires similaires étaient pendantes contre ce dernier. Le Comité européen pour la prévention de la torture (C.P.T.) a de même rendu le 8 mars 2018 un rapport constatant les conditions inhumaines et dégradantes sévissant dans les annexes psychiatriques belges, et dénonçant notamment le recours abusif à l'isolement et à la contention¹²⁸, considérant qu'« *il ressort nettement des constatations de la délégation au*

¹²⁴ C.E.D.H., Koutcherouk c. Ukraine du 6 septembre 2007, <http://hudoc.echr.coe.int/eng-press?i=003-2079391-2239788>, consulté le 10 mai 2019.

¹²⁵ C.E.D.H., arrêt M.S. c. Croatie du 19 février 2015, <https://hudoc.echr.coe.int>, consulté le 10 mai 2019 : « *L'évolution des standards juridiques contemporains concernant l'isolement et d'autres formes de mesures coercitives et non voulues imposées à des patients atteints de problèmes psychologiques ou intellectuels au sein des hôpitaux et de tous les autres lieux de privation de liberté impose que les mesures de ce type ne soient employées qu'en dernier ressort et lorsqu'il s'agit du seul moyen existant d'empêcher un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui. Le recours à de telles mesures doit s'accompagner de garanties adéquates contre les abus, prévoir des garanties procédurales suffisantes et pouvoir reposer sur des éléments montrant de manière suffisante que les impératifs de nécessité ultime et de proportionnalité ont été respectés et qu'aucune autre solution raisonnable ne permettait de pallier de manière satisfaisante le risque de dommage au patient ou à autrui. Il faut aussi démontrer que la mesure ne s'est pas prolongée au-delà de la durée strictement nécessaire à sa finalité. En l'espèce, rien dans le dossier médical de la requérante n'indique qu'elle eut posé le moindre danger immédiat ou imminent de dommage pour elle-même ou pour autrui ni qu'elle se fût montrée agressive d'une quelconque manière. Le fait qu'elle ait pu livrer des informations incohérentes sur ses problèmes de santé ne pouvait en lui-même justifier le recours à des mesures de contrainte physique. Il n'a pas non plus été démontré qu'une quelconque autre mesure eût été essayée, que la contrainte physique eût été employée en dernier ressort ni que la mesure eût été nécessaire et proportionnée au vu des circonstances. Enfin, la Cour n'est pas convaincue que l'état de la requérante alors qu'elle était en isolement ait été surveillé de manière effective et adéquate. Le mauvais traitement subi par la requérante s'analyse donc en un traitement inhumain et dégradant.* »

¹²⁶ N. COLETTE-BASECQZ, « La loi du 5 mai 2014 : un meilleur cadre légal pour l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », in *Actualités de droit pénal*, Anthemis, Limal 2015, p. 153.

¹²⁷ C.E.D.H., arrêt W.D. c. Belgique du 6 septembre 2016, <https://hudoc.echr.coe.int>, consulté le 10 mai 2019 ; O. NEDERLANDT et N. COLETTE-BASECQZ, « L'arrêt pilote W.D. c. Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons ? », *Rev. trim. d. h.*, 2018, pp. 213-239.

¹²⁸ O. NEDERLANDT, « Le dernier rapport du Comité européen pour la prévention de la torture au gouvernement belge : « Au risque de me répéter... » », *J.T.*, 2018, p. 306.

*cours de la visite de 2017 que ces usages de la contrainte pouvaient aller à l'encontre de la dignité humaine des détenus concernés au regard de leurs troubles*¹²⁹. »

30. Pour les personnes handicapées, le droit à la dignité humaine et l'interdiction de la torture et des traitements inhumains et dégradants sont également prévus par la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui précise en son article 15 que

*« 1. Nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants. En particulier, il est interdit de soumettre une personne sans son libre consentement à une expérience médicale ou scientifique. 2. Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher, sur la base de l'égalité avec les autres, que des personnes handicapées ne soient soumises à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants*¹³⁰. »

Section 4. L'atteinte à la vie privée et à l'autodétermination.

31. L'isolement et la contention d'un patient malade mental sont à examiner également au regard du droit à la vie privée et à l'autodétermination. En effet, le patient soumis à ce genre de mesure est en permanence surveillé, rarement seul, et privé de vie affective, familiale et sexuelle¹³¹.

Or, l'article 8 de la C.E.D.H.¹³² ainsi que l'article 22 de la Constitution belge protègent la vie privée et familiale.

De plus, l'article 32, §1^{er} de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit que

*« Tout malade mental est traité dans des conditions respectant sa liberté d'opinion ainsi que ses convictions religieuses et philosophiques et dans des conditions qui favorisent sa santé physique et mentale, ses contacts familiaux et sociaux ainsi que son épanouissement culturel [...]*¹³³. »

La Convention relative aux droits des personnes handicapées prévoit en outre le droit au respect de la vie privée¹³⁴ et à l'autonomie de la personne handicapée dans les soins de santé¹³⁵.

¹²⁹ Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (C.P.T.), 8 mars 2018, Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le C.P.T. du 27 mars au 6 avril 2017, p. 41.

¹³⁰ Convention relative aux droits des personnes handicapées, précitée, art. 15.

¹³¹ M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 27.

¹³² Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, précitée, art. 8.

¹³³ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 32.

¹³⁴ Convention relative aux droits des personnes handicapées, précitée, art. 22.

¹³⁵ *Ibid.*, art. 25, d).

Chapitre 2. Le cadre juridique belge applicable à l'isolement et à la contention.

Section 1. Le cadre législatif belge applicable à l'isolement et à la contention.

§1^{er}. La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient¹³⁶.

32. Le patient malade mental est protégé par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient même si celle-ci ne régit pas spécifiquement l'isolement et la contention¹³⁷. Il s'agit d'une loi générale¹³⁸ au champ d'application large qui s'applique à tous les services de santé belges, y compris aux soins de santé mentale et qui a pour objet la protection des droits du patient¹³⁹.

33. Cette loi énumère un certain nombre de droits du patient, tels que le droit à des prestations de qualité¹⁴⁰, le droit au libre choix du praticien professionnel¹⁴¹, le droit à être informé de son état de santé¹⁴², le droit à la consultation de son dossier médical¹⁴³, le droit à la vie privée¹⁴⁴ et le droit de porter plainte devant le service de médiation¹⁴⁵. La loi prévoit en outre la possibilité pour le patient de se faire assister par une « *personne de confiance* » dans l'exercice de ses droits d'information et de consultation de son dossier médical¹⁴⁶. Cette personne de confiance ne peut toutefois, contrairement au représentant, prendre une décision au nom et pour le compte du patient¹⁴⁷.

Les dispositions les plus pertinentes de cette loi pour notre étude sont d'une part l'article 8 qui consacre en droit médical belge le principe du droit au consentement libre et éclairé du patient,

¹³⁶ Loi du 22 août 2002 précitée.

¹³⁷ *Ibid.*, art. 2 : « Pour l'application de la présente loi, il faut entendre par : 1° patient : la personne physique à qui des soins de santé sont dispensés, à sa demande ou non ; 2° soins de santé : services dispensés par un praticien professionnel en vue de promouvoir, de déterminer, de conserver, de restaurer ou d'améliorer l'état de santé d'un patient, de modifier son apparence corporelle à des fins principalement esthétiques ou de l'accompagner en fin de vie ; 3° praticien professionnel : le praticien visé à l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ainsi que le praticien professionnel ayant une pratique non conventionnelle, telle que visée dans la loi du 29 avril 1999 relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales. ; Loi du 22 août 2002 précitée, art. 2, 3° ; N. GALLUS, *op. cit.*, p. 188.

¹³⁸ M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 23.

¹³⁹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 2.

¹⁴⁰ *Ibid.*, art. 5.

¹⁴¹ *Ibid.*, art. 6.

¹⁴² *Ibid.*, art. 7.

¹⁴³ *Ibid.*, art. 9.

¹⁴⁴ *Ibid.*, art. 10.

¹⁴⁵ *Ibid.*, art. 11.

¹⁴⁶ *Ibid.*, art. 9 §2 ; N. GALLUS, *op. cit.*, p. 212 ; G. SCHAMPS, *op. cit.*, p. 168.

¹⁴⁷ G. SCHAMPS, *op. cit.*, p. 172.

auquel l'isolement et la contention portent généralement atteinte, et d'autre part les articles 12 à 15 qui régissent la représentation des droits du patient. Ceux-ci ont été développés aux § 20 à 26.

34. Ces garanties doivent être respectées dans le cadre de l'isolement et de la contention en soins de santé mentale, sauf disposition contraire prévue par une *lex specialis* en la matière¹⁴⁸.

§ 2. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux¹⁴⁹.

35. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit des mesures et protections spécifiques pour les patients en soins de santé mentale. Ses travaux préparatoires nous apprennent que sa *ratio legis* était de créer un équilibre à la fois entre la médecine et le droit, et entre les besoins du patient et ceux de la société. Cette loi parvient ainsi à assurer l'équilibre entre les médecins et le juge de paix en s'assurant que « *le projet respecte le rôle professionnel et les responsabilités réservés à chacun d'eux* », en prévoyant que le juge de paix soit celui qui décide d'une privation de liberté, car « *un juge est de toute façon mieux placé qu'un médecin pour décider de la liberté d'une personne* », mais en accordant néanmoins certaines prérogatives au soignant, telles que la possibilité à tout moment pour le médecin-chef de service de lever la mesure de mise en observation¹⁵⁰. La loi crée également un équilibre entre le patient souffrant d'une maladie mentale et la société, car si elle prévoit des mesures de contrainte pour protéger la société de dangers potentiels, elle consacre aussi un certain nombre de garanties pour le patient¹⁵¹.

36. La loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux vise à « *limiter autant que possible la privation de liberté*¹⁵² », en prévoyant dès son article 1^{er} que « *Sauf les mesures de protection prévues par la présente loi, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle, sans*

¹⁴⁸ Voy. par ex. Cass. 17 février 2003, *Pas.*, 2003, p. 354.

¹⁴⁹ Loi du 26 juin 1990 précitée.

¹⁵⁰ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois précité, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 5 ; Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 19, §1^{er}.

¹⁵¹ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois précité, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 5.

¹⁵² Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois précité, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 2 ; Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 3.

*préjudice de l'application de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement des personnes*¹⁵³ » et que « *Les mesures protectionnelles visées dans la présente loi sont ordonnées par le juge de paix*¹⁵⁴. » Restreindre la liberté individuelle d'un patient malade mental constitue donc une mesure d'exception qui ne peut être mise en œuvre que si elle est prévue par la loi et ordonnée par un juge.

37. La loi soumet ainsi en son article 2 les « *mesures de protection* » à trois conditions. Il doit s'agir d'un « *malade mental dont l'état requiert une mesure de protection* », « *qu'il mette gravement en péril sa santé, sa sécurité, ou celle d'autrui* », et que la mesure soit prise « *à défaut de tout autre traitement approprié*¹⁵⁵ ». Les doctrines juridique et médicale s'accordent pour conclure que la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne s'applique en ces termes qu'à la mise en observation et non aux traitements ou actes de soin sous contrainte en tant que tels¹⁵⁶. En effet, la mise en observation et le traitement sous contrainte sont deux processus différents. Le premier représente une hospitalisation forcée, alors que le deuxième constitue des actes de soins ponctuels effectués sans le consentement du patient. Les conditions de l'article 2 ne concernant que la mise en observation, la doctrine conclut que cette loi ne crée pas de cadre juridique pour les traitements forcés¹⁵⁷. Ainsi, admettre de force un patient dans une institution de soins de santé mentale sur la base de l'article 2 de la loi n'implique pas qu'il puisse automatiquement faire l'objet de traitements sous contrainte tels que l'isolement ou la contention¹⁵⁸.

38. Il est néanmoins étonnant de constater que la loi n'est pas explicite sur le fait qu'un patient mis en observation ne puisse pas faire l'objet de traitements forcés. Les raisons de ce silence peuvent être trouvées dans les travaux préparatoires de la loi. Lors des discussions parlementaires, il avait en effet été proposé d'insérer dans l'article 32 de la future loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux le paragraphe suivant :

¹⁵³ Loi du 26 juin 1990 précitée, art.1^{er}, §1^{er}.

¹⁵⁴ *Ibid.*, art. 1^{er}, §2.

¹⁵⁵ *Ibid.*, art. 2.

¹⁵⁶ N. GALLUS, *op. cit.*, p. 233 ; V. GAUCHE, « Le champ d'application de la loi du 22 août 2002 relative aux Droits du patient », in BRILLON, CALLENS, GAUCHE, NOËL, SCHAMPS, VERHAEGEN, *Droits du patient et responsabilité médicale. La loi du 22 août 2002*, Kluwer, Bruxelles, 2003, p. 30 ; D. LEDUC et F. BARDIAU, « Contention et isolement : droits et obligations », *Agora*, Bruxelles, 2012, p. 9 ; Conseil National de l'Ordre des médecins, *Traitement forcé d'un malade mental*, 14 septembre 2013, p. 1.

¹⁵⁷ D. LEDUC et F. BARDIAU, *op. cit.*, p. 9 ; Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 1.

¹⁵⁸ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 1 ; Organisation mondiale de la Santé, *op. cit.*, p. 26.

« Le malade mental faisant l'objet d'une mesure de protection prévue par cette loi, a le droit d'être traité dans les mêmes conditions que tout autre malade¹⁵⁹. »

Cependant, le Sénat a considéré que cette garantie était déjà évidente, et qu'il n'était pas nécessaire de la reprendre littéralement dans la loi¹⁶⁰. Cependant, si ce paragraphe avait été adopté à l'époque, il n'y aurait pas actuellement de discussion (§ 26) quant au fait que l'article relatif au consentement prévu par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient est également applicable au patient malade mental visé dans la loi du 26 juin 1990.

39. Il avait également été proposé d'insérer dans l'article 32 de la loi une mesure supplémentaire de protection, relatif au traitement, comme suit.

« Un traitement qui n'est pas généralement reconnu par la science médicale, qui présente un risque sérieux d'entraîner des dommages irréversibles au cerveau ou de détériorer la personnalité du patient, ne pourra être administré que s'il est indispensable et si le patient ou son représentant légal y consent expressément.

Lorsque le patient n'est pas capable de comprendre la portée du traitement, ou s'il ne peut donner de consentement valable, le médecin doit soumettre la question pour avis à la commission éthique¹⁶¹. »

Cette mesure n'a pas été reprise dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, car le Sénat a considéré que les traitements désignés par ce paragraphe étaient trop difficiles à définir¹⁶², qu'il était souvent impossible que le patient soit en mesure de comprendre le traitement qui lui est administré¹⁶³, et que la déontologie médicale suffisait à protéger le patient contre les traitements abusifs¹⁶⁴. On ne peut que s'étonner de ce raisonnement (pour plus de développements à ce sujet, voir § 180).

40. S'il n'est pas explicitement interdit dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux de contraindre un patient mis en observation à un isolement ou une contention, l'article 3 l'interdit pour les patients admis volontairement, prévoyant que *« la personne qui se fait librement admettre dans un service psychiatrique peut le quitter à tout moment¹⁶⁵. »* Les membres du Sénat ont insisté lors de leurs discussions pour que cette garantie soit explicitement prévue dans la loi afin d'éviter *« tout malentendu sur la liberté fondamentale*

¹⁵⁹ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, pp. 131-132.

¹⁶⁰ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, pp. 131-132 : *« S'il est exact que cette disposition vise principalement à donner suite aux recommandations du Conseil de l'Europe, et ce, à la demande notamment de la Ligue des droits de l'homme et de la Ligue d'hygiène mentale, il est tout aussi exact que ces recommandations ne doivent pas être reprises littéralement dans la législation. L'objectif est d'en garder l'esprit et de traduire celui-ci dans des textes. »*

¹⁶¹ *Ibid.*, pp. 130 et 133.

¹⁶² *Ibid.*, p. 130.

¹⁶³ *Ibid.*, p. 133 : *« On ne doit cependant pas perdre de vue qu'il s'agit de malades qui ne sont pas toujours en mesure de comprendre par eux-mêmes les implications du traitement et qui, de plus, ne peuvent pas choisir leur médecin. »*

¹⁶⁴ *Ibid.*, p. 130.

¹⁶⁵ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 3.

de chaque personne qui souhaite librement se faire soigner¹⁶⁶. » Par conséquent, si le personnel soignant souhaite empêcher un patient de quitter l'établissement, il devra recourir à la procédure de mise en observation prévue par la loi, et le patient conservera son droit de quitter l'établissement « jusqu'à la fin de la procédure en question »¹⁶⁷. Nous pouvons en déduire qu'une personne admise sur base volontaire dans un service psychiatrique ne peut être, selon la loi, privée de sa liberté individuelle, et ne peut donc jamais faire l'objet de traitements sous contrainte tels qu'un isolement ou une contention, puisque l'article 3 lui garantit que nul ne peut l'empêcher de quitter le service où elle est hospitalisée¹⁶⁸.

41. Il est important de préciser que l'article 3 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux constitue la seule disposition de cette loi qui s'applique à l'hospitalisation volontaire, le reste de la loi ne régissant que l'hospitalisation forcée¹⁶⁹.

Section 2. Le cadre réglementaire belge applicable à l'isolement et à la contention.

§ 1^{er}. Le cadre réglementaire relatif à l'isolement et à la contention dans les soins de santé en général. L'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers¹⁷⁰.

42. Un des seuls actes normatifs belges qui mentionne explicitement les termes d'« isolement » et de « contention » est l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art

¹⁶⁶Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 17.

¹⁶⁷ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 21.

¹⁶⁸ Réponse donnée à la question de M. Boutmans, *Bull. Questions Réponses*, Sén., sess. ord. 1995-1996, séance du 23 juillet 1996, n° 1-24, pp. 1217-1219; Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois précité, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 8.

¹⁶⁹ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 18 : « il est par conséquent incontestable que la libre admission dans un établissement n'entre pas dans le champ d'application de la loi. »

¹⁷⁰ Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14684.

infirmier doivent répondre¹⁷¹ (ci-après « arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers »). Cet arrêté royal encadre les prestations de soins infirmiers en général.

43. En vertu de cet arrêté royal, à l'exception de la contention chimique, classée acte « B2 », qui nécessite une prescription médicale¹⁷², l'isolement et la contention constituent des actes « B1 », c'est-à-dire des « *prestations ne requérant pas de prescription médicale* ». L'annexe I de cet arrêté royal classe en outre l'isolement et la contention dans les prestations de « *sécurité physique* », et plus précisément dans les « *mesures de prévention de lésions corporelles* »¹⁷³. L'isolement et la contention peuvent ainsi être mis en œuvre dans un objectif de sécurité par tout praticien de l'art infirmier tels que les infirmiers, les accoucheuses, les assistants en soins hospitaliers, et les garde-malades¹⁷⁴, de leur propre initiative et sans l'autorisation d'un médecin.

44. Les articles 3 et 4 de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers prévoient cependant que les praticiens de l'art infirmier doivent disposer de la « *compétence, de la formation et/ou de l'expérience qui est nécessaire pour les exécuter correctement et en toute sécurité* »¹⁷⁵. En outre, pour que des actes « B1 » puissent être mis en œuvre, l'arrêté royal impose que des plans de référence et des procédures soient prévus¹⁷⁶.

45. Notons toutefois que l'arrêté royal ne prévoit pas que l'isolement et la contention puissent être effectués sous la contrainte.

§ 2. Le cadre réglementaire relatif à l'isolement et à la contention dans le cadre des soins de santé mentale.

Nous avons relevé quatre arrêtés royaux qui forment le cadre réglementaire belge relatif à l'isolement et à la contention dans le cadre des soins de santé mentale : l'arrêté royal du 23

¹⁷¹ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité.

¹⁷² Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 11.

¹⁷³ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, Annexe I.

¹⁷⁴ *Ibid.*, Annexe III et art. 3 : « *Les prestations techniques de l'art infirmier, visées à l'article 1er, ne peuvent être accomplies que par des praticiens de l'art infirmier possédant l'une des qualifications mentionnées à l'annexe III du présent arrêté.* »

¹⁷⁵ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, art. 3 et 4.

¹⁷⁶ *Ibid.*, art. 7ter.

octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre (a), l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée (b), l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions (c) et l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (d). Si les trois premiers arrêtés royaux (a, b et c) ne font que reconnaître l'existence de chambres d'isolement ou de moyens de contention, le dernier nous renseigne davantage sur les conditions à respecter dans le cadre de la mise en œuvre de ces mesures (d).

- a. L'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre¹⁷⁷.

46. L'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre requiert un certain nombre d'installations pour accueillir des patients malades mentaux. Il dispose ainsi que dans tout service neuro-psychiatrique¹⁷⁸ seront prévues des « *chambres d'observation en vue de l'isolement des malades agités* », que « *ces chambres doivent se trouver à proximité de la salle de garde et disposera d'un éclairage, du confort et de l'aération suffisants* » et que « *l'aménagement intérieur sera réalisé de façon à préserver la sécurité du malade*¹⁷⁹ ».

Si ces dispositions établissent effectivement l'obligation pour les services neuro-psychiatriques de prévoir des chambres d'isolement, elles ont cependant comme unique objectif de régler les normes architecturales de ces services et nullement de prévoir des conditions substantielles concernant l'isolement et la contention en soins de santé mentale.

¹⁷⁷ Arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964, p. 11709.

¹⁷⁸ *Ibid.*, art. 3bis.

¹⁷⁹ *Ibid.*, art. N19, I, B, 11, e) ; N17, I, B, 11, c) ; N18, I, B, 10, e).

- b. Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée¹⁸⁰.

47. De même que l'arrêté royal précédent, l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée prévoit des normes techniques en ce qui concerne l'isolement en soins de santé mentale. Son article 3 prévoit en effet que doit exister « *un local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë contre l'automutilation et de les isoler des autres patients*¹⁸¹ ». Cet arrêté royal n'en dit cependant pas davantage en ce qui concerne la procédure et la mise en œuvre de l'isolement et de la contention.

- c. L'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions¹⁸².

48. L'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions¹⁸³ prévoit que tout service psychiatrique doit transmettre au Ministre de la Santé publique un certain nombre de données regroupées dans un « *résumé psychiatrique minimum* » aux fins d'évaluation des besoins de ces services et de la politique de santé à mener¹⁸⁴. Son annexe 1^{ère} énumère les éléments devant se trouver dans ce « *résumé psychiatrique minimum* ». Parmi ces éléments figurent les « *moyens de contention* », l'« *isolement au cabanon* » et toute « *mesure d'isolement (autre que cabanon)* »¹⁸⁵. Ce faisant, l'arrêté royal reconnaît l'existence de ces pratiques dans les soins de santé mentale, mais ne nous en apprend pas davantage sur ces dernières.

¹⁸⁰ Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée, *M.B.*, 19 juin 1998, p. 20067.

¹⁸¹ Arrêté royal du 27 avril 1998 précité, art. 3, §1^{er}, 6^o.

¹⁸² Arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, *M.B.*, 10 décembre 2002, p. 55571.

¹⁸³ *Ibid.*

¹⁸⁴ *Ibid.*, art. 3, § 1^{er}.

¹⁸⁵ *Ibid.*, annexe 1^{ère}.

- d. L'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux¹⁸⁶.

49. Le dernier arrêté royal relatif à l'isolement et à la contention que nous analyserons est spécifiquement relatif aux soins de santé mentale forcés, et est davantage explicite en la matière. En effet, l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux fixe dans ses articles 3 à 5 les conditions que doit remplir tout service psychiatrique afin de pouvoir accueillir des malades mentaux à l'égard desquels une mise en observation a été ordonnée¹⁸⁷, et certaines de ces conditions s'appliquent aux « *mesures de contrainte* ». Cela rend donc cet acte particulièrement intéressant à analyser en matière d'isolement et de contention en soins de santé mentale.

50. Tout d'abord, l'article 3 requiert l'établissement d'un règlement d'ordre intérieur créant un cadre notamment en ce qui concerne les « *mesures internes de protection*¹⁸⁸ ».

51. Ensuite, l'article 5 impose des conditions précises en ce qui concerne les « *mesures de protection* » envers un patient malade mental :

« §1^{er}. Si une personne faisant l'objet d'une mesure de protection est installée, dans une chambre d'isolement et d'observation destinée à cette fin dans le service, le médecin-chef de service doit inscrire ces mesures de contrainte dans un registre en mentionnant leur durée, leur nature et l'indication médicale. Ce registre est paraphé chaque jour par le médecin traitant de service lequel y annote ses observations.

§2. Si des mesures sont prises au sens du §1^{er}, le personnel infirmier doit assurer un contrôle intensif et régulier¹⁸⁹. »

Relevons tout d'abord que le Roi reconnaît dans le paragraphe 1^{er} de cette disposition l'existence d'une « *chambre d'isolement et d'observation* » et de « *mesures de contrainte* » dans le cadre des mises en observation. Cependant, la disposition n'explicite ni ne définit ces « *mesures de contrainte* ». Par conséquent, si nous pouvons être certains que l'arrêté royal régit l'isolement, qu'il cite explicitement dans l'article 5, nous ne pouvons affirmer avec certitude que la contention constitue l'une de ces « *mesures de contrainte* ».

Imposant un cadre plus strict en ce qui concerne les « *mesures de contrainte* » que celui de l'annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques

¹⁸⁶ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité.

¹⁸⁷ Avis de la section de législation du Conseil d'Etat précédant l'A.R. du 18 juillet 1991 précité, p. 18 : « Il arrête, à cet effet, les conditions dans lesquelles les services psychiatriques sont tenus d'accueillir des malades mentaux qui font l'objet d'une mesure de protection visée par la loi susdite (articles 2 à 4), fixe un nombre de conditions spécifiques que de tels services doivent remplir (articles 5 à 7 et 12), et règle la désignation, la rémunération et la révocation du médecin-chef de service (articles 8 à 11). »

¹⁸⁸ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 3, §2, 1^o.

¹⁸⁹ *Ibid.*, art. 5.

de soins infirmiers, l'article 5 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit en outre les conditions suivantes.

- L'existence d'une « *chambre d'isolement et d'observation* ».

Prévoyant que les « mesures de contrainte » ont lieu dans une « *chambre d'isolement et d'observation* », il semblerait que l'arrêté royal impose implicitement que ce soit une des conditions à respecter pour les mettre en pratique.

- Un registre recensant les « *mesures de contrainte* ».

Les services de soins de santé mentale accueillant des patients mis en observation doivent prévoir un registre où sont inscrites toutes les données liées aux mesures de contrainte mises en œuvre dans une chambre d'isolement (durée, nature et indication médicale). Ce registre doit être validé chaque jour par le médecin-chef de service¹⁹⁰.

Il s'agit d'un registre distinct du registre qui est prévu par l'article 10 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, ce dernier ayant pour unique but de renseigner des données telles que l'identité du patient et les diverses décisions judiciaires et administratives prises dans le cadre de la mise en observation¹⁹¹.

- La présence du « *médecin-chef de service* » dans le processus de « *mesures de contrainte* ».

L'article 5 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 prévoit que c'est au « *médecin-chef de service* » d'inscrire les mesures de contrainte dans le registre et de le parapher chaque jour, ce qui démontre l'importance de son implication dans les mesures de contrainte.

Cependant, la disposition ne précise pas pour autant que c'est le médecin-chef qui prend la décision de mettre en œuvre la mesure, ni qu'il doit fournir une prescription médicale. Ainsi, il semblerait que les actes de contrainte restent, même dans le cadre des soins de santé mentale sous contrainte, des actes infirmiers qui peuvent être mis en œuvre sans prescription médicale, comme le prévoit l'annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers¹⁹².

¹⁹⁰ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5, §1^{er}.

¹⁹¹ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 10 ; Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 11.

¹⁹² Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, Annexe I.

- Un « *contrôle intensif et régulier* » par le personnel infirmier.

Il est prévu au paragraphe 2 de l'article 5 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 que si des « *mesures de contrainte* » sont mises en œuvre en « *chambre d'isolement* », le personnel infirmier doit en assurer le contrôle, et que ce contrôle doit être « *intensif et régulier* »¹⁹³.

52. L'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux semble fixer le cadre juridique belge de manière plus complète que toute autre norme en ce qui concerne l'isolement et la contention en soins de santé mentale. Cependant, il n'est pas prévu explicitement qu'il régit l'isolement et la contention, car il ne définit pas ce qu'il entend par « *mesures de contrainte* ». De plus, cet arrêté royal reste très sommaire sur la matière, ne lui consacrant que quelques règles, et ne réglementant que les services de soins de santé mentale accueillant des patients mis en observation.

53. Ces quatre arrêtés royaux prouvent donc que l'isolement et la contention sont des pratiques existantes dans tous les soins de santé en Belgique, et particulièrement dans le cadre de soins de santé mentale forcés. Bien qu'ils constituent un début de cadre juridique, ils ne les régissent toutefois que très sommairement et sont peu explicites sur leurs modalités de mise en œuvre.

Section 3. Les circulaires ministérielles.

54. Bien que nous les classions dans le cadre juridique, il convient de rappeler que les circulaires ministérielles n'ont pas de valeur législative ni réglementaire en droit belge, et ne peuvent créer de nouvelles règles de droit. Elles ne peuvent être qu'interprétatives de la loi, ou constituer des directives internes permettant à un ministre de fixer la position de son administration¹⁹⁴. Toute circulaire ministérielle qui tenterait d'ajouter une règle de droit serait ainsi illégale et pourrait faire l'objet d'une annulation par la Section du Contentieux

¹⁹³ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5, §2.

¹⁹⁴ P. GOFFAUX, *Dictionnaire élémentaire de droit administratif*, Bruxelles, Bruylant, 2006, pp. 45-50.

Administratif du Conseil d'Etat¹⁹⁵. Nous avons toutefois choisi de les insérer dans le cadre juridique de l'isolement et de la contention car elles ont la vocation de combler un vide juridique du législateur et de permettre aux praticiens d'avoir un semblant de cadre en la matière (§ 57).

55. Il existe à notre connaissance trois circulaires en la matière : Une circulaire de la Région wallonne¹⁹⁶, une circulaire de la Communauté flamande¹⁹⁷ et une circulaire du ministre communautaire de la santé et des affaires Bruxelloises¹⁹⁸.

Cependant, celles-ci sont difficilement accessibles, car elles ne semblent exister que sous la forme de documents scannés non publiés. En raison de cela, même si nous avons pu obtenir quelques informations à leur sujet par le biais d'autres sources, nous n'avons pas pu nous procurer la circulaire ministérielle de la Communauté flamande, ni la circulaire du ministre communautaire de la santé et des affaires Bruxelloises. Nous avons toutefois pu nous procurer celle de la Région wallonne, que nous analyserons ici, et que vous trouverez à l'annexe IV.

§ 1. La circulaire ministérielle communautaire de la santé et des affaires
Bruxelloises du 24 octobre 1990¹⁹⁹.

56. Selon l'article « Contention et isolement : droits et obligations » de D. LEDUC et F. BARDIAU, la circulaire ministérielle communautaire de la santé et des affaires Bruxelloises du 24 octobre 1990 impose la mise en œuvre d'un « registre » et d'un « code de bonne conduite²⁰⁰ ».

Il s'agit des seuls éléments que nous avons à notre connaissance concernant cette circulaire.

¹⁹⁵ Conseil d'État, 11 mars 1998, n° 72.369, *ville de Huy c/ Région wallonne*, non publié; P. GOFFAUX, *op. cit.*, pp. 45-50.

¹⁹⁶ Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 à l'attention des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques, non publiée.

¹⁹⁷ Circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 relative à l'isolement des patients admis en hôpital psychiatrique et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, *citée par* D. LEDUC et F. BARDIAU, *op. cit.*, p. 8 et *par* P. MUYLAERT, *op. cit.*, p. 77.

¹⁹⁸ Circulaire ministérielle communautaire de la santé et des affaires Bruxelloises du 24 octobre 1990, *citée par* D. LEDUC et F. BARDIAU, *op. cit.*, p. 8

¹⁹⁹ *Ibid.*

²⁰⁰ *Ibid.*

§ 2. La circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 à l'attention des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques En Région wallonne. (Annexe IV)

57. La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances de la Région wallonne a adopté le 26 octobre 2009 une « Circulaire à l'attention des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques²⁰¹ ». Celle-ci traite des procédures d'isolement et de contention mises en œuvre dans les services de psychiatrie et a pour but de pallier les lacunes du législateur, car elle explique qu'« *aucun texte ne décrit avec précision les conditions (procédure, description, équipement...) dans lesquelles il peut être fait usage de la mise en isolement*²⁰². » La Ministre attire ainsi notre attention dans le préambule de la circulaire « *sur le fait qu'il n'appartient pas à la Région wallonne de proposer des normes supplémentaires en la matière* » et qu'« *il faut donc considérer ce référentiel comme un ensemble de recommandations à suivre et non comme de nouvelles obligations à rencontrer en vue de l'agrément*²⁰³. »

58. Cette circulaire est constituée de trois annexes très détaillées relatives à l'isolement et à la contention en soins de santé mentale. L'annexe 1 comprend un « *Référentiel pour enclencher une mesure d'isolement en psychiatrie ou dans un service d'urgences* », tandis que l'annexe 2 reprend l'avis du groupe de travail « psychiatrie » du Conseil wallon de l'Economie sociale du 15 mai 2009 relatif à la privation de liberté en psychiatrie, et l'annexe 3 donne un exemple de prescription médicale d'une mesure d'isolement avec ou sans contention. Nous nous concentrerons particulièrement sur les annexes 1 et 3 qui donnent des exemples très concrets de règles en la matière.

L'annexe 1 prévoit tout d'abord que l'isolement doit « *rester une mesure d'exception qui est appliquée au patient présentant des troubles du comportement aigus susceptibles de mettre en danger sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui*²⁰⁴. » Elle ajoute que « *cette mesure doit toujours pouvoir se justifier d'un point de vue thérapeutique* », qu'« *elle ne peut en aucun cas être utilisée à titre de punition ou dans le but de maintenir l'ordre dans une unité de soins*²⁰⁵ » et qu'elle ne peut être mise en œuvre que dans une chambre d'isolement conçue à cet effet²⁰⁶.

²⁰¹ Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 précitée.

²⁰² *Ibid.*, p.1.

²⁰³ *Ibid.*, pp. 1 et 2.

²⁰⁴ *Ibid.*, annexe 1, préambule.

²⁰⁵ *Ibid.*, annexe 1, préambule.

²⁰⁶ *Ibid.*, annexe 1, point 1.

59. Un certain nombre de règles sont également recommandées sur l'organisation de la mise en isolement et l'aménagement d'une chambre d'isolement. Par exemple, la tenue d'un registre intégré au dossier du patient reprenant toutes les données liées à la mesure telles que l'identité du patient et la durée de celle-ci est fermement encouragée²⁰⁷. De plus, l'annexe 1 conseille de prévoir la création d'un règlement d'ordre intérieur à faire signer par chaque patient²⁰⁸, et d'informer le patient ou son représentant légal de la possibilité de faire l'objet d'un isolement ou d'une contention²⁰⁹. Il est également conseillé d'« *idéalement* » recueillir le consentement « *préalable à toute mesure de contrainte* » dans le dossier du patient²¹⁰, et d'assurer une surveillance accrue et un « *maintien de la relation* » avec le patient durant toute la durée de la mesure²¹¹. L'utilisation de caméras de surveillance n'est pas considérée comme étant le système le plus adapté, mais est possible à condition qu'elles respectent un minimum d'intimité et qu'elles ne remplacent pas la surveillance physique²¹².

60. En ce qui concerne la contention, la circulaire recommande d'assurer un matériel adapté et de garantir le confort du patient²¹³.

61. Ce qui est particulièrement intéressant est le fait que ce référentiel considère nécessaire que l'isolement et la contention soient précédés d'une prescription médicale, ou en cas d'absence du médecin, qu'ils soient au moins confirmés par une prescription médicale, et ce « *dans les plus brefs délais* »²¹⁴. L'annexe 3 de la circulaire fournit un exemple de prescription médicale pour une mesure d'isolement, avec un certain nombre d'éléments justificatifs à déterminer par le médecin tels que la nécessité de décrire les « *alternatives proposées/engagées* » qui ont précédé la prescription d'isolement, ses motifs, le « *discours* » du patient sur les circonstances de la mise en isolement, la nécessité et la description d'une contention, et un plan très complet de surveillance²¹⁵.

²⁰⁷ Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 précitée, annexe 1, points 1, 2, 4, 13, 15.

²⁰⁸ *Ibid.*, annexe 1, préambule.

²⁰⁹ *Ibid.*, annexe 1, préambule.

²¹⁰ *Ibid.*, annexe 1, point 8.

²¹¹ *Ibid.*, annexe 1, points 5, 6, 11, 12, 13, 16.

²¹² *Ibid.*, annexe 1, point 3.8.

²¹³ *Ibid.*, annexe 1, point 9.

²¹⁴ *Ibid.*, annexe 1, point 3.

²¹⁵ *Ibid.*, annexe 3.

§ 2. La circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 relative à l'isolement des patients admis en hôpital psychiatrique et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux.

62. Il existe également une circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 relative à l'isolement des patients admis en hôpital psychiatrique et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux²¹⁶, qui prévoit que

« La responsabilité de prendre ou non une mesure de contrainte incombe en premier lieu au médecin en charge du traitement.

Les droits du patient sont garantis par des mesures de procédure. Chaque service devant disposer d'une chambre d'isolement doit établir un code de conduite interne en ce qui concerne la prise de mesures de contraintes. Ce code de conduite doit définir en détail les circonstances qui autorisent la prise de ces mesures ainsi que les règles à respecter en matière de chambre d'isolement. Un formulaire d'enregistrement est complété pour chaque mesure d'isolement²¹⁷. »

63. Cette circulaire comprend un certain nombre d'imprécisions qui sont d'autant plus importantes par le fait que nous n'ayons pas accès à la source-même mais seulement à une traduction d'un extrait de la circulaire citée par P. MUYLAERT, dans son article « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention »²¹⁸.

64. Tout d'abord, la circulaire ne semble pas donner de définition aux termes de « mesures de contrainte ». Si elle mentionne l'isolement, elle ne parle pas de contention. Il s'agit à nouveau d'un document où nous ne sommes pas certains qu'il régit également la contention.

65. Ensuite, prévoir que « La responsabilité de prendre ou non une mesure de contrainte incombe en premier lieu au médecin en charge du traitement » manque également de clarté. Ces termes signifient-ils que les mesures de contrainte ne peuvent être pris que sur l'ordre du médecin en charge, ou que si un soignant a décidé d'une mesure de contrainte, c'est le médecin qui en est responsable ?

Si l'objectif de cette circulaire est de soumettre à prescription médicale une mesure d'isolement ou de contention, il semblerait qu'elle crée une nouvelle règle de droit, car, conformément à l'annexe de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers²¹⁹, l'isolement et la contention peuvent être mis en œuvre par les infirmiers

²¹⁶ Circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 précitée.

²¹⁷ Circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 précitée, extrait cité par P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 77.

²¹⁸ P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 77.

²¹⁹ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, Annexe I.

sans prescription médicale. Dans ce sens, la circulaire serait illégale, car elle imposerait des obligations supplémentaires par rapport à l'arrêté royal. On pourrait y voir une confirmation de la règle prévue par l'article 5 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux²²⁰ ; néanmoins, si cet arrêté royal requiert la présence du médecin-chef de service et sa signature dans le registre, il ne prévoit pas de responsabilité de ce dernier, ni de prescription médicale²²¹. Une autre interprétation serait de conclure que, tout comme la circulaire ministérielle de la Région Wallonne à l'attention des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques, la Communauté flamande a voulu remédier aux lacunes de l'Etat belge en ce qui concerne l'isolement et la contention dans les soins de santé mentale, et propose cette circulaire en tant que recommandation pour les services psychiatriques. Cependant, la circulaire de la Communauté flamande ne précisant pas, contrairement à la circulaire de la Région wallonne étudiée précédemment, qu'elle n'a pour but que l'établissement de recommandations, et son libellé étant selon nous assez impératif, il semblerait qu'elle ait pour objectif de créer une obligation pour les soignants. Nous ne pouvons toutefois pas être affirmatifs à cet égard, n'ayant pas pu analyser l'entièreté de la circulaire.

66. Ensuite, la circulaire rappelle que l'hôpital doit mettre en place des procédures qui protégeraient les droits du patient, et que « *chaque service devant disposer d'une chambre d'isolement doit établir un code de conduite en ce qui concerne la prise de mesures de contraintes* ». Ceci rejoint l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers qui prévoit que l'isolement et la contention sont des actes infirmiers et doivent donc être pris sur la base de « *plans de soins de référence et/ou de procédures* »²²², ainsi que l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des personnes des malades mentaux, qui prévoit en son article 3 qu'un règlement d'ordre intérieur doit être prévu en ce qui concerne les « *mesures de contrainte* »²²³.

²²⁰ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5 : « §1^{er}. Si une personne faisant l'objet d'une mesure de protection est installée, dans une chambre d'isolement et d'observation destinée à cette fin dans le service, le médecin-chef de service doit inscrire ces mesures de contrainte dans un registre en mentionnant leur durée, leur nature et l'indication médicale. Ce registre est paraphé chaque jour par le médecin traitant de service lequel y annote ses observations.

§2. Si des mesures sont prises au sens du §1^{er}, le personnel infirmier doit assurer un contrôle intensif et régulier. »

²²¹ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5, §1^{er}.

²²² Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, art. 7^{ter}.

²²³ *Ibid.*, art. 3, §2, 1^o.

Section 4. Le cadre jurisprudentiel.

67. Il nous a semblé essentiel de consacrer une section à part entière à l'analyse du cadre jurisprudentiel belge relatif à l'isolement et la contention. En effet, cette analyse nous éclaire d'une part sur les obligations que les cours et tribunaux considèrent comme incombant à tout soignant qui met en œuvre une de ces pratiques -obligations qui ne sont pas prévues explicitement par la loi ou les arrêtés royaux belges-, et d'autre part sur la façon dont la création jurisprudentielle de l'état de nécessité pourrait justifier l'application forcée de l'isolement et de la contention.

§1^{er}. Analyse des décisions de jurisprudence traitant des questions de l'isolement et de la contention.

68. Les cours et tribunaux belges reconnaissent la possibilité pour l'équipe soignante de recourir à un isolement ou une contention sous contrainte. Cependant, ils ont fixé des conditions que ces pratiques doivent respecter.

69. Dans cette analyse jurisprudentielle, nous prendrons principalement en compte les décisions liées à l'isolement et à la contention mis en œuvre dans le cadre de soins de santé généraux, la jurisprudence concernant l'isolement et la contention dans les services de soins de santé mentale étant plus rare. Il est également important de préciser que la quasi-totalité de ces décisions règlent des litiges liés à la contention. Cela ne rend l'analyse que plus enrichissante, puisque le cadre juridique que nous avons étudié jusqu'ici réglait pour la plus grande partie uniquement l'isolement et ne mentionnait presque jamais la contention explicitement.

70. Dans le cadre de l'isolement et de la contention, la jurisprudence crée plusieurs obligations à charge des soignants, dont l'obligation de sécurité et de surveillance (a), l'obligation de disposer d'un matériel adéquat et d'une formation appropriée pour le personnel soignant (b), l'obligation d'une concertation disciplinaire (c), et le respect du caractère exceptionnel et de conditions strictes pour la contention (d).

a. L'obligation de sécurité et de surveillance.

71. La jurisprudence belge admet la possibilité pour l'équipe soignante de recourir à un isolement ou une contention lorsque ceux-ci sont nécessaires à la sécurité du patient. En effet,

d'après la jurisprudence, une obligation de sécurité du patient repose tant sur l'hôpital que sur l'ensemble du personnel soignant. Cette obligation de sécurité est considérée par la majorité de la jurisprudence comme constituant une obligation de moyens, et non une obligation de résultat²²⁴.

72. Un grand nombre de demandes relatives à l'isolement et à la contention concernent la sécurité du patient. Ces demandes peuvent être de deux ordres relativement opposés. D'une part, il peut s'agir d'un demandeur qui reproche au personnel de ne pas avoir prévu de mesure de contrainte efficace²²⁵, et d'autre part, il peut être reproché au personnel soignant d'avoir mis en œuvre des mesures d'isolement ou de contention abusives ou défectueuses qui auraient porté atteinte à l'intégrité physique du patient²²⁶.

73. Dans le premier cas, une partie de la jurisprudence a considéré que le fait pour un service de soins de ne pas prévoir de contention constituait une faute pour manquement au devoir de sécurité. Ainsi, la Cour d'appel de Liège a retenu la responsabilité civile de l'hôpital pour la faute de ses préposés, considérant dans un arrêt du 5 janvier 2012 que le personnel hospitalier n'avait pas mis tous les moyens en œuvre afin de prévenir la chute d'un patient qui était prévisible au vu de l'état de ce dernier, et qu'il aurait dû à cette fin disposer des barreaux de protection de lit en guise de contention mécanique²²⁷.

Dans le même ordre d'idées, la Cour d'appel de Mons, dans un arrêt du 15 novembre 2005, a jugé que l'hôpital avait failli à son obligation de sécurité et de surveillance lorsqu'un patient particulièrement agité avait réussi à échapper aux mesures de contention mécanique et chimique

²²⁴ Civ. Anvers, 8 novembre 2006, *Bull. Ass.*, 2008, pp. 198-202 ; Bruxelles, 14 septembre 2004, *R.G.A.R.*, 2007, p. 14259 ; Civ. Mons, 30 novembre 2007, *R.G.A.R.*, 2009/6, p. 14532 ; Gand, 10 mars 2011, *Rev. dr. santé*, 2013, pp. 189-192 ; Civ. Liège, 09 mai 2007, *R.G.A.R.*, 2009/1, p. 14461 : « *Il est évident que le malade est le premier garant de sa sécurité et du bon suivi de son traitement ; les services infirmiers et médicaux ne peuvent empêcher – dans l'absolu – un patient de refuser tout traitement ou toute contrainte prise dans son intérêt. Il est impensable de placer un personnel infirmier au chevet de chaque malade en permanence en vue de vérifier s'il suit correctement son traitement ou afin d'éviter qu'il ne se soustraie à celui-ci.* » ; Civ. Bruxelles, 11 septembre 2012, RG 08/577/A, non publié, cité par P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 82.

²²⁵ Liège, 5 janvier 2012, *R.G.A.R.*, 2012, p. 14868 ; Liège, 21 juin 2005, *J.L.M.B.*, 2006, pp. 1180-1183 ; Bruxelles, 26 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, p. 15239 ; Liège, 23 juin 2011, RG 2010/709, non publié, cité par P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 80 ; Civ. Bruxelles, 11 septembre 2009, RG 2002/9636/A, non publié, cité par P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 81.

²²⁶ Mons, 15 novembre 2005, non publiée ; Civ. Bruxelles, 11 septembre 2009, RG 2002/9636/A, non publié, cité par P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 81 ; Gand, 10 mars 2011, *Rev. dr. santé*, 2013, pp. 189-192.

²²⁷ Liège, 5 janvier 2012, *R.G.A.R.*, 2012, p. 14868 : « *Il est de la compétence du personnel hospitalier de décider, en fonction de l'état du patient, des mesures de surveillance et de sécurité dont il doit être entouré. Le risque de chute était bien prévisible vu l'état agité, agressif et désorienté... En ne veillant pas à installer D. dans un lit muni de barres de protection relevées, le corps infirmier a bien commis une faute à l'origine de la chute du 4 janvier 2008 susceptible d'engager la responsabilité de l'ASBL...* »

mises en œuvre par les infirmières, et à se jeter dans le vide par une fenêtre. La Cour a considéré que les mesures de sécurité prises étaient manifestement insuffisantes et inefficaces²²⁸.

74. Il existe également des cas où la contention en elle-même a porté atteinte à l'intégrité physique du patient et l'a mis en danger. Une clinique a par exemple été considérée comme responsable pénalement d'homicide involontaire envers deux patients par le tribunal correctionnel de Bruxelles en 2014 en raison d'une contention défectueuse qui a causé la mort de deux patients²²⁹.

75. La jurisprudence prévoit en outre que cette obligation de sécurité implique un devoir de surveillance accrue par le personnel infirmier, particulièrement lorsque le patient présente une maladie mentale²³⁰. La Cour d'appel de Gand considère, à titre d'exemple, qu'il y a lieu de renforcer la surveillance dans le cas d'un patient malade mental mis en isolement, et davantage encore si ce patient avait déjà tenté de se suicider²³¹. Cette obligation de surveillance est, tout comme l'obligation de sécurité du patient, considérée par la jurisprudence comme étant une obligation de moyens²³².

b. L'obligation de disposer d'un matériel adéquat et d'une formation appropriée pour le personnel soignant

²²⁸ Mons, 15 novembre 2005, non publiée : « La substance sédatrice était manifestement mal dosée, le procédé de contention était insuffisant et inefficace et enfin, les lieux étaient peu sécurisés si l'on se réfère à la facilité avec laquelle ce patient, perturbé psychologiquement, a pu franchir une porte-fenêtre qui lui était aisément accessible. »

²²⁹ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 231-232. : « Le décès doit être mis en relation avec une complication asphyxique due à l'effet conjugué de la position dans laquelle la victime a été trouvée et la présence d'une ceinture de contention au niveau thoracique, la ceinture abdominale ayant remonté au niveau du thorax suite au déplacement de la victime dans le lit. » ; B. FOSSEPREZ, « La responsabilité pénale de l'hôpital liée au placement de mesures de contention par le personnel soignant », note sous Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014-2015, p. 236.

²³⁰ Bruxelles, 14 septembre 2004, *R.G.A.R.*, 2007, p. 14259 ; Gand, 10 mars 2011, *Rev. dr. santé*, 2013, pp. 189-192.

²³¹ Gand, 10 mars 2011, *Rev. dr. santé*, 2013, pp. 189-192 : « Pour certains patients souffrant depuis longtemps de problèmes psychiatriques et ayant déjà tenté de se suicider, des mesures de sécurité spécifiques doivent être prises. - Un hôpital n'agit pas de la même façon qu'un hôpital normalement vigilant aurait agi dans les mêmes conditions en évaluant mal la gravité des tentatives de suicide du patient, en plaçant le patient dans une pièce isolée où il n'est surveillé que de temps à autre et comprenant une fenêtre qui pouvait être suffisamment ouverte (18 cm) pour que le patient (32 kg) puisse sortir. - Une faute dans le chef du patient ne peut être invoquée, puisqu'il a été déclaré irresponsable en raison de son état de santé mentale. »

²³² Civ. Anvers, 8 novembre 2006, *Bull. Ass.*, 2008, pp. 198-202 : « Le tribunal est d'avis qu'il n'y avait pas d'élément objectif présent dont il apparaît que le personnel infirmier devait, à ce moment, s'attendre à la tentative de Monsieur S. de sortir de son lit et qu'il pouvait être asphyxié dans la ceinture. »

76. La jurisprudence belge considère que les services de soins de santé mentale ont l'obligation de fournir un matériel adéquat et une formation *ad hoc* à leur personnel soignant, sous peine d'être tenus responsables en cas de faute dans la mise en œuvre de la contention.

Ainsi, le tribunal correctionnel de Bruxelles, dans une décision du 24 février 2014, a considéré que l'hôpital était coupable d'homicide involontaire envers deux patients tous deux décédés en raison d'une contention mécanique mal effectuée²³³ et qu'une contention « *rend d'autant plus importante la minutie avec laquelle doit être placé le matériel de contention, mais également l'attention qui est portée aux patients faisant l'objet de ces mesures [...]* »²³⁴. Le tribunal correctionnel de Bruxelles a reproché à l'hôpital la mise à disposition d'un mode d'emploi du matériel de contention « *incomplet* » et le manque de formation du personnel soignant, considérée comme « *sommaire* » et « *insuffisante* »²³⁵.

La jurisprudence considère également comme constituant une faute le fait pour un hôpital de ne pas prévoir le matériel ou les consignes nécessaires aux pratiques de contention²³⁶.

c. L'obligation d'une concertation multidisciplinaire.

77. La jurisprudence considère que l'isolement et la contention doivent être mis en œuvre sur la base d'une concertation multidisciplinaire, même dans les cas d'urgence, quitte à ce que la concertation ait lieu *a posteriori*²³⁷.

²³³ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 231-232.

²³⁴ *Ibid.*

²³⁵ *Ibid.* : « *Un rapport d'expertise complémentaire relève que le mode d'emploi de la ceinture de contention est incomplet sur le plan infirmier, et que la réévaluation multidisciplinaire obligatoire de la décision prise était inexistante au moment des faits. Le dossier révèle que le personnel infirmier n'avait pas été sensibilisé spécialement au mode opératoire à appliquer lors du placement d'une contention au moment des faits, [...], et qu'aucune recommandation n'existait à destination du personnel soignant, quant au placement accessoire des barrières latérales*²³⁵. » Il ajoute également « *qu'au moment des faits la formation du personnel soignant quant à la mise sous contention et aux mesures à prendre dans ce contexte était sommaire et insuffisante, notamment quant aux risques que ces mesures étaient susceptibles d'induire.* »

²³⁶ Bruxelles, 26 juin 2015, R.G.A.R., 2015, p. 15239 : « *a commis des défauts de prévoyance et de précaution en ne prévoyant pas en nombre suffisant des plaques d'obturation au niveau des parois latérales des lits, au point que l'infirmière a estimé devoir pallier cette carence par l'usage d'un coussin, et en ne faisant pas obligation à son personnel infirmier d'utiliser des plaques d'obturation en cas de mise d'un patient sous contention.* »

²³⁷ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 231-232.

d. Conditions strictes et caractère exceptionnel de la contention.

78. La Cour de cassation, dans un arrêt du 21 novembre 1996, a cassé un jugement du tribunal de première instance de Bruxelles du 17 janvier 1995 qui estimait que « *les mesures de sécurité, normales et nécessaires, n'ayant rien de dégradant, ne violent aucune des trois conventions internationales vantées par (la demanderesse)* ». Il s'agissait d'une détenue ayant été attachée à son lit afin d'éviter une évasion lors d'une hospitalisation. Selon la Cour de cassation, le jugement violait entre autres l'article 3 de la C.E.D.H., car, selon elle, « *l'usage d'instruments de contrainte, tels que des menottes ou entraves, n'est pas une mesure de sécurité normale à l'égard d'un détenu hospitalisé, mais une mesure exceptionnelle qui ne peut être utilisée que dans les conditions strictes qui y sont énoncées*²³⁸ ».

79. Outre les quatre obligations reposant sur les soignants dégagées de la jurisprudence, il découle de l'analyse de celle-ci que le juge décide de chaque cas *in concreto*, et qu'il n'est pas aisé d'en tirer des règles générales et abstraites claires²³⁹. Il apparaît que le caractère volontaire ou non de l'hospitalisation et la précision des informations dans le dossier médical ont également un impact sur la sévérité avec laquelle le juge statuera sur la responsabilité de l'équipe soignante²⁴⁰.

§2. L'état de nécessité.

80. L'état de nécessité consiste en une cause de justification créée par la jurisprudence selon laquelle il n'y aurait pas d'infraction lorsque l'atteinte à un droit était nécessaire pour protéger une valeur supérieure²⁴¹. Nous retrouvons cette tension dans la question de l'isolement et de la contention sous contrainte entre le devoir de sécurité et les droits fondamentaux du patient.

Le législateur et le Roi n'ayant pas créé de cadre juridique clair permettant l'isolement et la contention vis-à-vis du patient malade mental, l'état de nécessité pourrait être un moyen légal pour justifier dans une certaine mesure l'atteinte aux droits fondamentaux qui en découlerait. Pour se prévaloir d'un état de nécessité, il faut remplir les trois conditions prévues par la Cour

²³⁸ Cass., 21 novembre 1996, *J.L.M.B.*, 1997, pp. 88-91.

²³⁹ P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 84 ; Civ. Bruxelles, 11 septembre 2012, RG 08/577/A, non publié, *cité par* P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 82.

²⁴⁰ Civ. Mons, 30 novembre 2007, *R.G.A.R.*, 2009/6, p. 14532 ; Bruxelles, 26 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, p. 15239.

²⁴¹ Cass., 28 avril 1999, *Pas.*, 1999, I, p. 245.

de cassation, à savoir « la présence d'un mal grave et imminent », « la nécessité de l'infraction²⁴² », et « la proportion du bien sauvegardé par rapport au bien sacrifié²⁴³ »²⁴⁴.

81. Si cette cause de justification, selon la jurisprudence, est générale et peut être invoquée pour toute infraction²⁴⁵, cela signifierait toutefois également qu'elle ne pourrait être invoquée que dans le cadre d'une infraction et donc dans un cadre pénal. Nous n'avons cependant pas connaissance de décisions de jurisprudence qui auraient traité de cette question.

Section 5. Le code de déontologie médicale et le code de déontologie des praticiens de l'art infirmier.

82. La déontologie est également importante à analyser dans le cadre de l'isolement et de la contention, puisqu'il s'agit de règles bien connues des praticiens de soins de la santé qui règlent parfois de manière plus précise leurs devoirs. Les deux instruments déontologiques que nous allons étudier ici sont le code de déontologie médicale²⁴⁶ et le code de déontologie des praticiens de l'art infirmier²⁴⁷, puisque ce sont les médecins et les praticiens de soins infirmiers qui ont la compétence de mettre en œuvre l'isolement et la contention.

83. Les devoirs déontologiques que ces codes créent sont, selon nous, de trois types : le devoir d'assurer la sécurité des soins²⁴⁸, le respect de la dignité et l'autonomie du patient²⁴⁹ et le respect du consentement et de la collaboration du patient²⁵⁰.

84. Tout d'abord, le code de déontologie médicale prévoit que le médecin a le devoir d'agir de manière adéquate et transparente pour la qualité et la sécurité des soins²⁵¹. Dans le même sens, le code de déontologie des praticiens de l'art infirmier prévoit en son article 3 vis-à-vis du praticien

²⁴² C'est-à-dire que le mal ne peut être évité autrement que par l'infraction et qu'il n'a pas été créé par l'agent.

²⁴³ C'est-à-dire que la valeur du bien sacrifié soit inférieure ou à tout le moins équivalente à celle que l'on recherche de protéger.

²⁴⁴ Cass, 13 mai 1987, *Pas.*, 1987, I, p. 1061 ; Cass., 28 avril 1999, *Pas.*, 1999, I, p. 245 ; Cass., 13 novembre 2001, *Pas.*, 2001, I, p. 1848 ; Cass., 19 octobre 2005, *Rev. dr. pén.*, 2006, pp. 322-329 ; Cass., 28 avril 1999, *Pas.*, 1999, I, p. 245.

²⁴⁵ Pol., Anvers, 19 janvier 2005, *J.J.Pol.-T.Pol.*, 2008, p. 27.

²⁴⁶ Code de déontologie médicale.

²⁴⁷ Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier.

²⁴⁸ Code de déontologie médicale, art. 9, art. 16, art. 30, art. 39.

²⁴⁹ *Ibid.*, art. 17, art. 30.

²⁵⁰ *Ibid.*, art. 18, art. 19, art. 20.

²⁵¹ *Ibid.*, art. 9, art. 16, art. 30, art. 39.

de l'art infirmier que « *La sécurité du bénéficiaire sera toujours sa première priorité*²⁵². » Ce devoir déontologique rejoint celui dégagé par la jurisprudence (§§71 à 75).

85. Ensuite, les deux codes prévoient que tant le médecin que l'infirmier doivent respecter la « *dignité* » du patient²⁵³. L'article 30 du code de déontologie médicale précise à cet égard que « *L'activité médicale est guidée par une réflexion éthique, respectueuse du patient, des tiers et de la société. Le médecin ne pose aucun acte contraire à la dignité humaine*²⁵⁴. ».

C'est cependant particulièrement l'alinéa 3 de l'article 17 du code de déontologie des praticiens de l'art infirmier qui est intéressant ici. En effet, cette disposition fait explicitement référence à l'isolement et à la contention dans le cadre des prestations des praticiens de l'art infirmier, et impose plusieurs règles. Elle prévoit d'une part que ce n'est que dans un objectif d'« *auto-défense* » ou « *chez les patients qui représentent un danger pour leur propre santé ou pour celle des autres* » que ces contraintes peuvent être envisagées²⁵⁵. D'autre part, il faut que ce soit « *indispensable pour les soins* » et que la mesure soit « *nécessaire, justifiée et proportionnée* »²⁵⁶. Il est également précisé que « *Dans tous les cas, ces situations sont enregistrées dans le dossier infirmier*²⁵⁷. ».

Si cette règle n'a qu'une portée déontologique, elle vient toutefois préciser davantage les devoirs du praticien de l'art infirmier en ce qui concerne la mise en œuvre de l'isolement et de la contention que l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers (§§ 42 à 45).

86. Le troisième devoir déontologique du médecin et du praticien de l'art infirmier qui est, selon nous, fondamental en matière d'isolement et de contention, est celui du respect du droit au consentement du patient et du devoir de faire collaborer ce dernier dans les soins, et ce même pour le patient incapable en fonction de ses capacités de compréhension²⁵⁸. Le code de déontologie des praticiens de l'art infirmier prévoit à cet égard dans son article 2, alinéa 2 que

²⁵² Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier, art. 3, al. 2.

²⁵³ *Ibid.*, art. 17, al. 1^{er} ; Code de déontologie médicale, art. 17.

²⁵⁴ Code de déontologie médicale, art. 30.

²⁵⁵ Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier, art. 17, al. 3.

²⁵⁶ *Ibid.*.

²⁵⁷ *Ibid.*, art. 17, al. 3 ; art. 9.

²⁵⁸ *Ibid.*, art. 18 : « *Le médecin implique le patient mineur et le patient incapable en fonction de leur capacité de compréhension dans les soins destinés à leur santé.* » ; art. 19 ; art. 20 : « *Le médecin veille à ce que le patient ou, le cas échéant, ses représentants consentent librement à toute intervention médicale, après avoir été préalablement informés. Le médecin explique au patient qui refuse un examen ou un traitement les conséquences possibles de sa décision. Il recherche avec lui une solution de remplacement. Si le patient n'est pas en mesure de donner son accord, le médecin lui apporte les soins adaptés et consciencieux que justifie son état.* » ; Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier, art. 1^{er}, al. 2 ; art. 10, al. 2.

le praticien de l'art infirmier « *agira selon sa conscience en tenant compte de la législation en vigueur, notamment la loi relative aux droits du patient. Dans ce texte, les représentants qui peuvent décider légalement au lieu du bénéficiaire sont compris dans le terme 'bénéficiaire des soins'*²⁵⁹. » Si le devoir d'« *agir selon sa conscience* » n'est pas très précis, notons toutefois que cette disposition rappelle la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ainsi que le système de représentation qui y est prévu en cas d'impossibilité de recueillir le consentement du patient-même. Il semble qu'en prévoyant cela, il est attendu des praticiens de l'art infirmier qu'ils soient particulièrement conscients de cette obligation légale.

87. Ces devoirs n'ont cependant pas de valeur normative, puisqu'ils n'ont qu'une portée déontologique. Ils ne sont donc sanctionnables que disciplinairement (§§ 98 et 99) et ne peuvent être invoqués devant des cours et tribunaux.

Chapitre 3. Les voies de recours.

88. Le but de ce chapitre n'est pas de faire une analyse approfondie du droit de la procédure pénale ou de droit judiciaire civil, mais d'analyser concrètement les possibilités de recours pour les patients et leurs proches dans le cadre de l'isolement et de la contention en soins de santé mentale. Il existe à la fois des voies de recours de droit commun et des voies de recours spécifiques au patient malade mental.

Section 1. Les recours devant les cours et tribunaux.

89. Comme explicité dans le chapitre précédent, le personnel soignant a l'obligation de moyens d'assurer la sécurité du patient²⁶⁰. Il a également l'obligation de respecter les droits de l'homme et les droits du patient découlant du droit international et du droit belge. Différentes actions peuvent ainsi être intentées en droit belge tant au pénal qu'au civil²⁶¹ en cas d'atteinte à la sécurité ou aux droits fondamentaux du patient.

²⁵⁹ Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier, art. 2, al. 2.

²⁶⁰ Civ. Anvers, 8 novembre 2006, *Bull. Ass.*, 2008, pp. 198-202 ; Bruxelles, 14 septembre 2004, *R.G.A.R.*, 2007, p. 14259 ; Civ. Mons, 30 novembre 2007, *R.G.A.R.*, 2009/6, p. 14532 ; Gand, 10 mars 2011, *Rev. dr. santé*, 2013, pp. 189-192 ; Civ. Liège, 09 mai 2007, *R.G.A.R.*, 2009/1, p. 14461.

²⁶¹ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois précité, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 13.

a. Les actions pénales.

90. Au pénal, le Ministère public peut intenter une action publique, ou le justiciable peut porter plainte ou se constituer partie civile. Ces actions pénales sont généralement intentées devant le tribunal correctionnel²⁶².

Il existe plusieurs types d'infractions qui peuvent être reprochées dans le cadre de l'isolement et de la contention en soins de santé mentale.

91. Tout d'abord, l'article 37 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit des sanctions pénales en cas de non-respect de certains articles de la loi qui créent des garanties pour le patient malade mental²⁶³.

92. Des infractions prévues par le droit pénal commun peuvent également être invoquées. Des poursuites pour homicide involontaire²⁶⁴, tel qu'il est défini par les articles 418 et 419 du code pénal²⁶⁵, peuvent être intentées si le patient est décédé soit du fait de l'absence de mesures, par exemple lors d'une chute ou par un suicide qui auraient dû être empêchés, soit du fait de la mise en œuvre d'une mesure abusive qui aurait causé des lésions mortelles²⁶⁶.

93. L'article 420 du code pénal réprime l'infraction de coups et blessures involontaires dans les cas où des lésions corporelles non mortelles auraient été causées par l'absence ou la présence de mesures d'isolement ou de contention²⁶⁷.

²⁶² C.i.cr., art. 179.

²⁶³ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 37 : « Sans préjudice de l'application des articles 147, 155, 156 et 434 à 438 du Code pénal, sont punies d'un emprisonnement de un jour à sept jours et d'une amende de un franc à vingt-cinq francs ou d'une de ces peines seulement les infractions aux articles suivants de la présente loi: article 5, §2, dernier alinéa;– article 9, quatrième alinéa;– article 10;– article 12, 3.;– article 14;– article 15;– article 16, dernier alinéa;– article 18, §1er, dernier alinéa et §2, dernier alinéa;– article 19, §§3 et 4;– article 27;– article 32. Toute entrave au contrôle prévu à l'article 33 est punie des mêmes peines. Si ces infractions ont été commises avec intention frauduleuse ou a dessein de nuire, le coupable sera puni d'un emprisonnement de trois mois à un an et d'une amende de vingt-six à cinq mille francs, ou d'une de ces peines seulement. Les dispositions du livre Ier du Code pénal, y compris celles du chapitre VII et de l'article 85, sont applicables aux infractions prévues par la présente loi. Les infractions aux arrêtés d'exécution pris en vertu de la présente loi pourront être punies des mêmes peines. Moyennant une motivation spéciale, le juge peut imposer au médecin-chef de service qui est condamné pour avoir commis l'une des infractions visées au deuxième alinéa (lire « premier alinéa ») ou pour infraction aux articles 145, 147, 155, 156 et 434 à 438 du Code pénal, l'interdiction d'exercer la fonction de chef de service d'un service psychiatrique, et ce pour une durée de six mois à deux ans. »

²⁶⁴ B. FOSSEPREZ, op. cit., p. 236.

²⁶⁵ C. pén., art. 418 et 419 ; Corr. Bruxelles, 24 février 2014, Rev. dr. santé, 2014, pp. 231-232.

²⁶⁶ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, Rev. dr. santé, 2014, pp. 231-232.

²⁶⁷ C. pén., art. 418 et 420.

94. La non-assistance à personne en danger, prévue par l'article 422bis du code pénal, peut également être reprochée au personnel soignant, lorsque ce dernier n'a pas mis en œuvre un isolement ou une contention alors qu'un dommage imminent était prévisible²⁶⁸.

95. D'autres infractions sont également susceptibles d'être invoquées après une mise en œuvre abusive d'isolement ou de contention du patient. Il pourrait s'agir d'actes de torture²⁶⁹, de traitements inhumains²⁷⁰ ou dégradants²⁷¹, de coups et blessures volontaires²⁷², ou encore de coups et blessures volontaires ayant entraîné la mort²⁷³.

96. Rappelons que, que ce soit à l'égard d'un soignant (personne physique) ou de l'hôpital²⁷⁴ (personne morale)²⁷⁵, la responsabilité pénale est personnelle, et nul ne pourra être condamné pour une infraction qu'il n'aura pas lui-même commis. En effet, la responsabilité pénale du fait d'autrui n'existe pas en droit belge.

b. Les actions civiles.

97. Les proches du patient ou lui-même, justifiant de leur qualité et de leur intérêt²⁷⁶, peuvent également intenter une action en responsabilité civile. Celle-ci peut être dirigée contre la personne fautive en elle-même, ou contre l'hôpital présumé responsable du fait de ses préposés²⁷⁷, après avoir prouvé l'existence d'une faute, c'est-à-dire une négligence ou une violation d'une norme de conduite, ainsi que l'existence d'un dommage, et d'un lien causal entre la faute et le dommage²⁷⁸. Ces actions sont intentées devant le tribunal de première instance. Si le litige fait également l'objet d'un procès pénal, l'action civile sera suspendue en

²⁶⁸ C. pén., art. 422bis.

²⁶⁹ *Ibid.*, art. 417ter, al. 2, b).

²⁷⁰ *Ibid.*, art. 417quater, al. 2, b).

²⁷¹ *Ibid.*, art. 417quinquies, al. 2 ; art. 417bis : « Pour l'application de la présente section, l'on entend par : 1° torture : tout traitement inhumain délibéré qui provoque une douleur aiguë ou de très graves et cruelles souffrances, physiques ou mentales; 2° traitement inhumain : tout traitement par lequel de graves souffrances mentales ou physiques sont intentionnellement infligées à une personne, notamment dans le but d'obtenir d'elle des renseignements ou des aveux, de la punir, de faire pression sur elle ou d'intimider cette personne ou des tiers; 3° traitement dégradant : tout traitement qui cause à celui qui y est soumis, aux yeux d'autrui ou aux siens, une humiliation ou un avilissement graves. »

²⁷² *Ibid.*, art. 398.

²⁷³ *Ibid.*, art. 401, al. 1^{er}.

²⁷⁴ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 231-232.

²⁷⁵ C. pén., art. 5 ; B. FOSSEPREZ, *op. cit.*, p. 236.

²⁷⁶ C. jud., art. 17, al. 1^{er}.

²⁷⁷ C. civ., art. 1384, al. 3; Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 07 novembre 2008, p. 58624, art. 30, al. 4.

²⁷⁸ C. civ., art. 1382 ; art. 1383.

attendant que le juge pénal ait statué sur l'existence d'une infraction²⁷⁹. Il est également possible de se constituer partie civile devant le juge pénal qui a déjà été saisi de l'affaire²⁸⁰.

Section 2. Les recours en matière disciplinaire.

98. Tout tiers intéressé peut déposer plainte devant l'un des conseils provinciaux de l'Ordre des médecins, afin de dénoncer une faute déontologique d'un médecin, conformément au code de déontologie médicale²⁸¹.

L'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins crée les conseils provinciaux et prévoit que ces conseils provinciaux ont notamment pour attribution de « *veiller au respect des règles de la déontologie médicale* » et de réprimer disciplinairement les fautes déontologiques des médecins²⁸².

Son article 16 dispose en outre que « *Les sanctions dont dispose le conseil provincial sont : l'avertissement, la censure, la réprimande, la suspension du droit d'exercer l'art médical pendant un terme qui ne peut excéder deux années et la radiation du tableau de l'Ordre.* » Cependant, même si ces mesures peuvent être prises sur la base d'une plainte d'un particulier, elles ont pour but de protéger l'intérêt collectif de la société, et non les intérêts individuels qui sont déjà assurés par les cours et tribunaux²⁸³. Par conséquent, le plaignant ne sera pas prévenu des procédures disciplinaires qui suivront sa plainte²⁸⁴.

99. En ce qui concerne les praticiens de l'art infirmier, aucune sanction disciplinaire n'est prévue à leur égard.

²⁷⁹ J. DU JARDIN, « Procédure civile ou procédure pénale en cas de faute médicale », *Bull. Soc. belge Ophtalmol.*, 2004, p. 72.

²⁸⁰ C.i.cr., art. 63.

²⁸¹ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des médecins, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11894, art. 20, al. 1^{er}.

²⁸² *Ibid.*, art. 6, 2°.

²⁸³ R. VAN LENNEP, *Handboek voor het disciplinair recht en het disciplinair procesrecht*, Vlaamsche drukkerij, Leuven, 1963, p. 3.

²⁸⁴ Arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 précité, art. 30.

Section 3. Les recours spécifiques au patient malade mental.

100. En plus des recours devant les cours et tribunaux et les plaintes disciplinaires, le législateur a prévu les recours spécifiques des articles 32 et 33 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, et de la médiation « droits du patient » créée par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

§1^{er}. Les recours prévus par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux.

101. L'article 32 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux – qui, rappelons-le, ne régit que les hospitalisations forcées - permet au patient de défendre ses droits au sein-même de l'institution médicale dans laquelle il est soigné, par l'intermédiaire de son avocat et du médecin de son choix²⁸⁵. Cette disposition prévoit également la possibilité d'être accompagné par une « *personne de confiance* » désignée par le patient²⁸⁶, qui peut être « *un parent, une connaissance, et même le médecin traitant*²⁸⁷ ». Cette personne de confiance n'a cependant « *aucun rôle formel*²⁸⁸ », son rôle étant « *exclusivement social dont le but est de rassurer le patient*²⁸⁹ ». Le juge de paix s'assurera que cette personne de confiance n'abuse pas de la vulnérabilité du patient²⁹⁰. Cet article prévoit également l'interdiction de toute immixtion de l'établissement de soins dans la défense du patient et confirme la confidentialité de sa correspondance²⁹¹.

L'article 9 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit que les magistrats,

²⁸⁵ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 32, al. 2 et 3 : « *Dans tout service psychiatrique, le malade peut recevoir la visite de son avocat, du médecin de son choix et, conformément au règlement d'ordre intérieur, de la personne de confiance ou, sauf contre-indication médicale, de toute autre personne.*

Le médecin choisi par le malade et son avocat peuvent se faire présenter le registre prévu à l'article 10. Ceux-ci peuvent obtenir d'un médecin du service tous renseignements utiles à l'appréciation de l'état du malade. En outre, le médecin choisi par le malade peut prendre connaissance du dossier médical en présence d'un médecin du service »

²⁸⁶ *Ibid.*, art. 32, al. 2.

²⁸⁷ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois précité, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90, p. 10.

²⁸⁸ *Ibid.*

²⁸⁹ *Ibid.*

²⁹⁰ *Ibid.*, p. 7.

²⁹¹ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 32, al. 1^{er}.

qui visitent personnellement les services psychiatriques, contrôlent notamment le respect de cet article 32²⁹².

102. S'il ne s'agit pas d'un recours du patient à proprement parler, il est important de constater l'existence d'un contrôle par le procureur du Roi, le juge du lieu du service, ainsi que par les médecins-inspecteurs désignés à cette fin prévu par l'article 33 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux²⁹³. Selon le Ministre de la Justice belge de 1996, ce contrôle s'applique également aux mesures de contrainte prévues par l'article 5 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux²⁹⁴, c'est-à-dire notamment à l'isolement²⁹⁵.

103. Précisons toutefois que la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ne régit que les hospitalisations forcées, et que les contrôles prévus par les articles 32 et 33 ne sont donc pas prévus pour les patients admis volontairement.

§2. La médiation « droits du patient ».

104. L'article 11 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient prévoit qu'un service de médiation dédié spécifiquement aux droits du patient doit être mis en place au sein de chaque hôpital, ou de chaque groupe d'hôpitaux²⁹⁶, afin qu'ils puissent être agréés²⁹⁷. Ce service de médiation a pour mission de recueillir les plaintes des patients lorsqu'ils considèrent que leurs droits n'ont pas été respectés²⁹⁸ afin de tenter de rétablir la communication entre le praticien professionnel et le patient et de trouver une solution amiable à leur litige²⁹⁹. Il faut distinguer cette médiation « droits du patient » de la médiation prévue par le code judiciaire³⁰⁰. En effet, la médiation « droits du patient » n'est qu'un outil pour rétablir les liens entre le soignant et le soigné et n'a pas pour but de trancher des conflits juridiques en soi. Si elle considère que le

²⁹² Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 9.

²⁹³ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 33.

²⁹⁴ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5.

²⁹⁵ Réponse donnée à la question de M. Boutmans, précitée, pp. 1217-1219.

²⁹⁶ Arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, *M.B.*, 26 août 2003, p. 41864, art. 1^{er}, §2.

²⁹⁷ Loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987, *M.B.*, 7 octobre 1987, p. 14652, art. 70^{quater}.

²⁹⁸ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 11, §1^{er}.

²⁹⁹ *Ibid.*, art. 11, §2, 2^o ; N. GALLUS, *op. cit.*, p. 200.

³⁰⁰ C. jud., art. 1724.

conflit dépasse ses compétences, elle redirigera le patient vers les autres possibilités de recours qui lui sont offertes³⁰¹.

105. Dans les services de psychiatrie, ce service de médiation est assuré par le biais de la plateforme de concertation en santé mentale. Cette plate-forme existe auprès de chaque association de services psychiatriques³⁰², et regroupe des médiateurs externes qui se déplacent dans chaque service pour y assurer une permanence. Le patient malade mental peut adresser durant ces permanences toute plainte orale ou écrite, et peut demander d'y être assisté par sa personne de confiance³⁰³.

106. Malgré notre scepticisme concernant la connaissance des patients malades mentaux de l'existence de ce service, la médiation « droits du patient » semble être la voie de recours la plus accessible pour le patient, puisqu'elle est prévue au sein-même de l'institution. En effet, les médiateurs se déplacent dans chaque service de psychiatrie, y compris ceux qui accueillent des personnes mises en observation, afin de recueillir les plaintes des patients³⁰⁴. Le fait que les médiateurs soient extérieurs à l'institution a certainement l'avantage d'assurer une plus grande indépendance vis-à-vis de celles-ci en évitant les conflits d'intérêt.

TITRE III. La pratique de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale en Belgique.

107. Après avoir analysé les enjeux et le cadre juridique de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale en Belgique, examinons quelques aspects de la pratique. Afin de mieux comprendre la réalité de terrain, nous nous sommes entretenus avec des praticiens travaillant dans des services de soins de santé mentale. Il est clair cependant que le présent titre ne représente qu'un échantillon de pratiques et n'a pas pour objet de couvrir l'entièreté des soins de santé mentale belges. De plus, comme le souligne le Conseil Supérieur de la Santé,

³⁰¹ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 11, §1, 3°.

³⁰² Arrêté royal du 8 juillet 2003 précité, art. 1, §3 ; Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14707, art. 11.

³⁰³ Arrêté royal du 10 juillet 1990 précité, art. 15 ; Loi du 22 août 2002 précitée, art. 9, §2 ; G. SCHAMPS, *op. cit.*, p. 173 : Le professeur G. SCHAMPS insiste sur la nécessité de favoriser l'information de la possibilité d'avoir une personne de confiance, particulièrement pour les patients qui font l'objet de soins de santé mentale.

³⁰⁴ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

« au-delà de la psychopathologie individuelle du patient, les habitudes de chaque service influencent l'usage de ces mesures³⁰⁵. »

Chapitre 1^{er}. Les objectifs de l'isolement et de la contention en pratique.

108. Si l'objectif légal de l'isolement et de la contention est de soigner et de protéger le patient et son entourage, le personnel soignant peut être tenté d'exercer ces mesures à d'autres fins, comme assurer son confort au travail, ou punir le patient.

Section 1. L'objectif d'assurer la sécurité du patient et de son entourage.

109. L'isolement et la contention sont généralement mis en œuvre lorsque le patient constitue un danger pour lui-même et qu'il existe un risque de chute, de fuite, d'automutilation, de suicide, etc.³⁰⁶.

110. Les patients malades mentaux peuvent également se montrer hétéro-agressifs, c'est-à-dire violents envers leur entourage³⁰⁷. Lorsque c'est le cas, les soignants réagissent afin de protéger les autres patients ou se protéger eux-mêmes. S'ils tentent dans un premier temps de calmer le patient par d'autres techniques, il arrive qu'il n'y ait pas d'autre solution que d'isoler ou de mettre sous contention le patient, pour éviter qu'il ne blesse un tiers³⁰⁸.

Section 2. L'objectif thérapeutique.

111. Il arrive que l'environnement du patient soit trop envahissant et que celui-ci ait besoin de s'isoler. Une manière efficace de le faire, selon l'assistante psychiatre que nous avons rencontrée, est la mise en chambre d'isolement, voire la contention, qui permettent parfois d'apaiser le patient agité. Il arrive même souvent que ce soit le patient lui-même qui le demande.

³⁰⁵ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*, p. 21.

³⁰⁶ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³⁰⁷ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

³⁰⁸ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge (annexe I, B) ; Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

Ce n'est toutefois que si cela semble justifié médicalement que la demande du patient d'être mis en chambre d'isolement ou sous contention peut être acceptée³⁰⁹.

Section 3. L'objectif du confort du personnel soignant.

112. Nous avons pu constater lors de notre analyse jurisprudentielle qu'une obligation de moyens d'assurer la sécurité du patient existe dans le chef de chaque prestataire de soins³¹⁰, sous peine d'être tenu comme juridiquement responsable³¹¹. Ainsi, le fait de ne pas avoir mis en œuvre une contention ou un isolement peut être considéré comme une faute ou une infraction (§ 72). C'est ainsi que les soignants ont recours à l'isolement ou à la contention « au cas où », afin d'éviter des accidents et se protéger juridiquement.

113. De plus, assurer la gestion et la surveillance de patients malades mentaux représente souvent une tâche difficile pour les soignants, si bien que l'isolement et la contention sont parfois utilisés pour s'assurer un plus grand « confort³¹² » et pour pouvoir s'occuper d'autres patients tout en s'assurant que ceux qui ne peuvent pas être surveillés sont en sécurité. Par exemple, dans le cadre d'un arrêt de la Cour d'appel de Mons du 13 mai 2013, un médecin explique concernant une patiente au lourd antécédent psychiatrique que « *son agitation, très ennuyeuse pour les autres pensionnaires, a souvent justifié son isolement dans sa chambre*³¹³ ».

114. Cette pratique est d'autant plus fréquente du fait que les soins de santé mentale manquent cruellement de personnel soignant, particulièrement dans les heures de garde³¹⁴. Le manque de ressources humaines est ainsi un facteur faisant accroître le nombre de patients mis en isolement ou sous contention, et ce dans tous les services de soins de santé³¹⁵.

115. Cependant, recourir à l'isolement ou à la contention afin de réduire la nécessité de surveillance n'est pas toujours efficace, car ces mesures nécessitent également une surveillance accrue de la part du personnel soignant³¹⁶.

³⁰⁹ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

³¹⁰ Bruxelles, 14 septembre 2004, *R.G.A.R.*, 2007, p. 14259 ; Civ. Mons, 30 novembre 2007, *R.G.A.R.*, 2009/6, p. 14532 ; Civ. Liège, 09 mai 2007, *R.G.A.R.*, 2009/1, p. 14461.

³¹¹ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 5.

³¹² W. MARKS, *op. cit.*, p. 2204; Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 6.

³¹³ Mons, 13 mai 2013, *R.G.A.R.*, 2014, pp. 15105-15107.

³¹⁴ P. MUYLAERT, *op. cit.*, 2, p. 82.

³¹⁵ *Ibid.*, p. 82.

³¹⁶ *Ibid.*, p. 79 ; Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 6.

116. Enfin, notre analyse de la jurisprudence démontre que de la mise en œuvre d'une contention résultent tout autant de litiges devant les cours et tribunaux (§ 72). Mettre sous contention ne veut dès lors pas dire se protéger contre tout procès.

Section 4. L'objectif de punir le patient.

117. Il est courant en soins de santé mentale qu'un patient provoque, transgresse volontairement des normes de conduite internes, ou qu'il soit violent envers le personnel ou d'autres patients. Dans ces circonstances, il arrive que le personnel soignant, afin de réprimer et de punir ce genre de comportements, immobilise le patient ou le mette en chambre d'isolement, en espérant redéfinir un cadre et dissuader les autres patients d'en faire de même³¹⁷.

118. Ainsi, la sécurité et les soins ne sont pas les seuls objectifs de l'isolement et de la contention dans la pratique des soins de santé mentale. Il arrive que les soignants, face aux réalités de leur métier, y aient recours dans un objectif de confort ou de punition. Or, l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers prévoit que la contention et l'isolement sont des « *mesures de prévention de lésions corporelles* », ayant pour seul et unique objectif la sécurité physique du patient ou d'autrui³¹⁸. Les autres objectifs fréquents en pratiques sont donc illicites, du moins sans le consentement du patient³¹⁹. Le Conseil national de l'Ordre des médecins ainsi que la Commission technique de l'art infirmier (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement) considèrent également que les objectifs autres que celui de sécurité et de thérapie sont « *médicalement inacceptables*³²⁰ ».

³¹⁷ Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.*, p. 6 ; Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

³¹⁸ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, Annexe I, section 5.

³¹⁹ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 6.

³²⁰ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 3.

Chapitre 2. La mise en œuvre de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale en Belgique.

La pratique semble parfois s'éloigner de la théorie en ce qui concerne les objectifs de l'isolement et de la contention. En est-il de même en ce qui concerne leur mise en œuvre en tant que telle ?

Section 1. Le consentement du patient en pratique.

119. Nos rencontres avec les praticiens nous ont donné un aperçu de la perception et de la mise en œuvre pratique du droit au consentement libre et éclairé prévu par le droit international et par l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

120. Les praticiens rencontrés lors de cette étude ne sont en principe pas favorables à l'isolement et à la contention. Ils considèrent qu'il convient d'examiner constamment l'utilité de la mesure pour chaque patient³²¹. S'ils n'ont souvent pas connaissance de l'existence de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, les soignants semblent néanmoins s'efforcer de faire collaborer le patient, conformément au prescrit de l'article 14 de la loi³²². En effet, la collaboration est également le maître-mot en pratique, car l'objectif principal est de soigner le patient sans avoir recours à la force ou à la contrainte. Le premier réflexe est donc de rechercher le consentement du patient en lui expliquant pourquoi un isolement ou une contention serait utile, et il peut arriver que le patient coopère³²³. S'il s'agit, selon nous, plus d'une acceptation résignée qu'un réel consentement libre et éclairé à cause de la pression qu'il peut ressentir, on peut toutefois y voir un début de recherche pratique du consentement.

121. Si le patient refuse de donner son consentement, alors que les praticiens considèrent qu'un isolement ou une contention est nécessaire, ces derniers mettent en œuvre la mesure sans le consentement du patient, et ce, d'après nos interviews, tant en hospitalisation volontaire qu'en hospitalisation forcée, et ce sans consulter le juge de paix, alors qu'une privation de liberté ne peut être ordonnée que par un juge³²⁴.

³²¹ Témoignage du chef infirmer de l'unité d'hospitalisation gériatrique de l'hôpital de Lobbes, Serge Didion, lors de la « semaine sécurité patient » du groupe hospitalier de Jolimont de Janvier 2019 : La « thérapie occupationnelle adaptée » (annexe I, C).

³²² Loi du 22 août 2002 précitée, art. 14.

³²³ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

³²⁴ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

Lorsque le patient n'est pas capable de donner son consentement, l'article 14 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient requiert le consentement de son représentant avant de pouvoir mettre en œuvre tout acte médical³²⁵. Nous avons cependant constaté que ce n'était pas le cas en pratique, surtout dans le cadre de mises en observation. Les praticiens expliquent cela par le fait qu'en leur qualité de soignants, ils se considèrent les plus à même de juger ce qui convient pour la santé du patient, et que demander le consentement du représentant serait souvent contre-productif et un obstacle aux soins. Ils considèrent également qu'à partir du moment où un patient malade mental est mis en observation, toute privation de liberté et soins forcés sont autorisés et qu'il n'y a plus d'obligation légale de rechercher son consentement³²⁶.

Section 2. La mise en œuvre de l'isolement dans la pratique.

122. L'objectif premier de l'isolement dans la pratique est d'apaiser le patient³²⁷, ce qui réussit dans la majorité des cas, moyennant, selon la praticienne, l'accompagnement d'une médication afin de faciliter cet apaisement³²⁸.

123. La pratique suit les recommandations en ce qui concerne le fait que cet isolement doit être fait dans une chambre prévue à cet effet³²⁹. Les services psychiatriques des praticiens avec lesquels nous avons pu nous entretenir disposaient de deux ou trois chambres d'isolement.

³²⁵ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 14.

³²⁶ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³²⁷ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A) : « *c'est une façon d'apaiser quelqu'un que de restreindre son champ et sa stimulation. Quand ça devient vraiment trop, la chambre d'isolement peut vraiment devenir un lieu d'apaisement.* » Elle explique ainsi en parlant des patients placés en isolement qu'« *il est rare qu'ils restent énervés car souvent cela crée un sentiment de sécurité et d'apaisement.* »

³²⁸ Ibid.

³²⁹ Ibid. : « *C'est comme une petite annexe, qui est au centre du service, comme ça ça permet une certaine accessibilité. Il faut savoir que l'on a un seul isolement qui est constitué de trois chambres, un bain à part, d'une toilette dans chaque chambre, un lit dans chaque chambre. Il y a un petit passage avec des petits fauteuils. On peut donc isoler trois personnes maximum à la fois, vu qu'il y a trois chambres.* » ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B). « *C'est une pièce avec un lit au milieu, dont on peut faire le tour (il n'y a pas de mur contre le lit), qui est scellé au sol. Il y a des encoches sur le lit en cas de nécessité de contention. Les murs ne sont plus tous blancs, depuis quelques années. (...) Certains ont dit que les murs blancs de la chambre de sécurité étaient trop froids, alors que le but était de s'apaiser. Cependant, d'autres ont considéré que c'était normal, car c'était un endroit de punition. Nous avons suivi les recommandations des premiers, afin de rendre la chambre plus agréable.* »

Cependant, il arrive que si toutes ces chambres sont prises, la chambre personnelle du patient soit utilisée pour l'isolement³³⁰.

124. Dans l'établissement où travaille l'assistante psychiatre que nous avons pu rencontrer, l'isolement a une durée maximale de 24 heures³³¹, renouvelable en cas de danger subsistant³³². Elle nous a toutefois fait part de sa préférence pour une durée maximale de 12 heures car 24 heures représentant une trop longue durée, selon elle. Elle ajoute également qu'une médication devrait toujours être proposée préalablement à un isolement³³³.

Section 3. La mise en œuvre de la contention dans la pratique.

125. Comme explicité au § 12, il existe trois types de contentions : la contention manuelle, la contention mécanique et la contention chimique.

126. Lorsque l'isolement n'est pas suffisant pour contrôler l'agitation du patient, la contention y est ajoutée. Celle-ci est généralement mécanique, c'est-à-dire par exemple que les soignants attachent les membres du patient par des sangles à son lit³³⁴.

127. La contention mécanique est toujours accompagnée d'une contention chimique, dans un but de confort et d'apaisement du patient, car sans celle-ci, la contention serait trop angoissante et difficile à vivre³³⁵. Il est important de distinguer la contention chimique de la médication

³³⁰ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A). ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³³¹ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A). ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³³² Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A). ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³³³ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

³³⁴ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A). ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³³⁵ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B) ; Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

anxiolytique, la première ayant comme but de diminuer directement l'agressivité du patient³³⁶, alors que la seconde agit sur l'angoisse de ce dernier³³⁷.

128. La contention manuelle est généralement la moins longue des trois types. Elle a pour but d'immobiliser le patient par des techniques physiques pour contrôler des altercations entre patients, ou amener un patient en dehors de la situation de crise ou jusqu'à la chambre d'isolement lorsqu'il refuse de coopérer³³⁸.

Section 4. La combinaison de l'isolement et de la contention.

129. D'après le Conseil Supérieur de la Santé, même si en théorie le contraire est souhaité, l'isolement et la contention sont généralement systématiquement combinés dans les soins de santé en Belgique³³⁹. A cet égard, la Commission technique de l'art infirmier recommande que « *Si la combinaison avec une procédure de contention physique est possible, on tentera néanmoins de l'éviter si possible. On laisse de préférence la possibilité au patient de se lever et de se déplacer dans la chambre*³⁴⁰. » Le Conseil Supérieur de la Santé partage cet avis³⁴¹.

130. En pratique, il est vrai que la contention mécanique est presque toujours pratiquée en combinaison avec l'isolement. Dans le cas contraire, le patient serait laissé sans défense face à d'autres patients potentiellement dangereux. Une contention mécanique sans isolement ne s'envisage, selon l'assistante psychiatre, que lorsqu'il n'est nécessaire d'immobiliser le patient que quelques minutes dans sa propre chambre, notamment afin de lui administrer un traitement qu'il refuse de prendre³⁴².

131. En revanche, l'isolement ne signifie pas systématiquement l'immobilisation en pratique. En effet, il arrive qu'un patient ait uniquement besoin d'espace pour contrôler son agitation ou

³³⁶ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2203; Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 11.

³³⁷ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A). ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³³⁸ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³³⁹ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*, pp. 5 et 9.

³⁴⁰ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 11.

³⁴¹ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*, p. 5.

³⁴² Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

son mal-être, sans représenter de danger pour lui-même, ne nécessitant donc pas de contention³⁴³.

Section 5. La prescription médicale.

132. La prescription médicale, même si elle est considérée comme nécessaire pour l'isolement et la contention dans toutes les recommandations et avis que nous avons pu étudier en la matière, n'est pas jugée comme nécessaire en pratique³⁴⁴.

133. Si un médecin est toujours mis au courant d'une mise en chambre d'isolement ou d'une contention en pratique, il s'agit d'actes B1 dans le cadre juridique belge³⁴⁵, ce qui signifie que les infirmiers peuvent les mettre en œuvre sans prescription médicale. Cela se justifie selon les praticiens que nous avons pu rencontrer par la nécessité pour les infirmiers et le reste de l'équipe soignante qui sont « en première ligne », de pouvoir réagir rapidement en cas d'agitation d'un patient.

134. Un compromis, selon l'assistante psychiatre que nous avons pu rencontrer, serait de prévoir dès l'admission du patient une « prescription générale » dans le dossier médical qui déterminerait s'il s'agit d'un patient pour lequel ce genre de mesures serait nécessaire³⁴⁶.

Section 6. Une concertation multidisciplinaire.

135. Chaque équipe soignante dans un hôpital est généralement composée de médecins, d'infirmiers, de kinésithérapeutes, de psychologues, d'assistants sociaux et d'éducateurs, qui

³⁴³ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³⁴⁴ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A) : « *Je pense qu'il faut laisser une marge de manœuvre aux personnes de terrain, ça c'est certain. Comme je vous le disais, de façon concomitante, il faut qu'il y ait un médecin qui valide tout, qui protège, et qui mette en route la mesure. Qu'il règle la question de la surveillance, la médication, etc. Je pense qu'on doit laisser les personnes en première ligne d'être capables de mettre fin à une forme de violence, lorsque c'est le seul moyen de le faire. Si une prescription médicale est nécessaire, je crains un peu de comment on va faire le soir, le week-end, la nuit, lorsqu'on est confrontés à ça. Il y a un aspect sécurité. Il ne faudrait pas que l'obligation de la présence du médecin vienne interférer avec la sécurité du patient, des autres patients du service, et pour l'équipe. Mais je rappelle que chez nous on appelle le médecin. Il y en a qui agissent, et une autre personne appelle le médecin.* »

³⁴⁵ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, Annexe I.

³⁴⁶ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

ont des réunions ensemble très régulièrement³⁴⁷. En pratique, chaque acte médical mis en œuvre sur un patient fait l'objet d'une concertation multidisciplinaire préalable³⁴⁸. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas, par exemple lors d'une situation d'urgence, si le temps manque pour l'équipe de discuter de la meilleure manière de réagir. Dans ce cas, la concertation a lieu *a posteriori*³⁴⁹.

136. La pratique semble ici rejoindre l'opinion de la jurisprudence en la matière (§ 77).

Section 7. La surveillance.

137. En pratique, la surveillance des patients dans les soins de santé mentale est généralement assurée par les infirmiers.

138. Dans certains cas, des caméras sont également installées afin de surveiller le patient en chambre d'isolement³⁵⁰. Selon la Commission technique de l'art infirmier, « *le recours à un tel moyen n'est pas contraire à la notion de « vie privée » pour autant qu'il soit prévu dans le règlement d'ordre intérieur*³⁵¹. » Selon la circulaire de la Région wallonne, cette pratique serait utile si elle ne remplace pas la surveillance par des personnes physiques et si elle respecte dans une certaine mesure l'intimité du patient (§ 59)³⁵².

139. Les praticiens que nous avons rencontrés rejoignent l'opinion de la jurisprudence et des recommandations en la matière, considérant qu'une surveillance accrue doit être assurée pour les patients, particulièrement lorsqu'ils sont mis en chambre d'isolement³⁵³.

³⁴⁷ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

³⁴⁸ P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 78.

³⁴⁹ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

³⁵⁰ *Ibid.* : « *Il y a des caméras qui donnent des images en tout temps de l'isolement. Ce sont trois caméras pour les trois chambres, et les écrans sont accessibles à partir du A et du B dans le bureau infirmier. Les patients n'ont bien sûr pas accès à ça, c'est seulement accessible à l'équipe soignante. Et ça, ça permet, vu les passages réguliers (parce qu'on ne les « jette » pas pour ensuite revenir 24h plus tard), on leur amène leur repas 3x par jour, on passe pour vérifier qu'ils vont bien, pour leur donner leur médication, il y a des tours qui sont faits régulièrement. Ils sont autant vus que les autres patients. (...) Le but des caméras est donc de voir que la personne est posée, qu'elle ne nécessiterait pas une médication ou une intervention quelle qu'elle soit. Donc c'est aussi pour qu'on soit rassurés que la personne aille bien en tout temps.* »

³⁵¹ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 11.

³⁵² Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 précitée, annexe 1, point 3.8 relatif à l'aménagement de la chambre d'isolement.

³⁵³ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

Section 8. Les règlements internes.

140. Les institutions des praticiens avec lesquels nous nous sommes entretenus ont prévu des règlements écrits sur la manière de mettre en œuvre un isolement ou une contention.

141. La directrice paramédicale nous a ainsi expliqué que les règlements de son service sont disponibles pour toute l'équipe médicale concernée dans les bureaux de son institution. Ils concernent principalement la fouille d'objets dangereux pratiquée avant d'entrer en chambre de sécurité et la manière de mettre en œuvre une contention indolore pour le patient³⁵⁴.

142. En outre, l'assistante psychiatre nous a expliqué que les infirmiers ont des règlements écrits prévues par l'hôpital psychiatrique. Elle nous en a transmis une copie reprise à l'annexe II de cette étude. Ces règlements reprennent notamment un exemple de prescriptions d'isolement et de contention, où la signature du médecin ainsi que la justification clinique et les données temporelles doivent figurer. On y retrouve également des « *procédures relatives à la sécurité* » qui prévoient notamment le cadre dans lequel la « *mise en chambre médicalisée fermée* » et la contention doivent s'inscrire. Ces règlements semblent assez complets en la matière.

TITRE IV. Droit comparé. Le droit français.

143. Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté en 2004 une recommandation relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux³⁵⁵. De nombreux abus d'isolement et de contention ayant été constatés dans les établissements psychiatriques français³⁵⁶, la France a emboîté le pas en 2016 en prévoyant dans sa législation une disposition qui soutient la politique européenne de prévention, de réduction et de contrôle des pratiques d'isolement et de contention en soins de santé mentale³⁵⁷. Le

³⁵⁴ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

³⁵⁵ Recommandation du Comité des ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe, 22 septembre 2004, n° R(2004)10, relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, www.coe.int.

³⁵⁶ Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale (rapport)*, Paris, Dalloz, 2016, pp. 27 et suiv.

³⁵⁷ Instruction française du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement, BO Santé – Protection sociale

législateur français a ainsi adopté la loi du 26 janvier 2016 régissant l'isolement et la contention en soins de santé mentale.

144. Ce cadre juridique français, qui est généralement proche du droit belge, est bien plus complet en matière d'isolement et de contention en santé mentale et mérite une attention particulière.

145. Le législateur français, tout comme le législateur belge dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, fait la distinction entre le régime des patients admis de manière volontaire, et celui des patients soumis à l'hospitalisation forcée.

Chapitre 1^{er}. Les admissions volontaires. L'article L3211-2 du code de la santé publique français.

146. Les patients admis volontairement dans une institution de soins de santé mentale en France disposent en vertu de l'article L3211-2 du code de la santé publique français des « *mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles* » que les patients non malades mentaux³⁵⁸. Il est ainsi interdit de mettre en œuvre un acte médical sous contrainte tel qu'un isolement ou une contention à l'égard de patients admis sur base volontaire³⁵⁹. Sur ce point, les cadres juridiques belge et français semblent se rejoindre sur le fait qu'une privation de liberté ne peut être mise en œuvre lors d'une hospitalisation volontaire (§ 40).

147. Une exception, dégagée de l'interprétation de la loi française par la circulaire Veil, est toutefois prévue dans les cas d'urgence, où le personnel soignant peut contraindre durant quelques heures tout au plus, jusque « *soit la résolution de la situation d'urgence, soit la transformation de son régime d'hospitalisation en un régime d'hospitalisation sous contrainte*³⁶⁰ ».

– Solidarité no 2017/4 du 15 mai 2017, http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41997.pdf, p. 2 ; Recommandation du Comité des ministres précitée.

³⁵⁸ Code de la santé publique français, art. L3211-2.

³⁵⁹ *Ibid.*, art. L3211-2 : « Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. » ; Circulaire française du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux, non publié au journal officiel, p. 1.

³⁶⁰ Circulaire française du 19 juillet 1993 précitée, p. 1.

Chapitre 2. Les admissions contraintes. L'article L3222-5-1 du code de la santé publique français.

148. En France, les traitements sous contrainte en soins de santé mentale sont autorisés lors des hospitalisations forcées, mais à certaines conditions.

149. La loi du 26 janvier 2016 a inséré un article L3222-5-1 dans le code de la santé publique français qui encadre l'isolement et la contention dans les établissements assurant les soins de santé mentale sans consentement en France, et prévoit ce qui suit :

« L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin.

Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre, qui peut être établi sous forme numérique, doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1³⁶¹.»

150. Après l'adoption de cette loi, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé français a publié une Instruction relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie³⁶². Celle-ci a pour but d'assurer la mise en œuvre du nouveau cadre juridique relatif à l'isolement et à la contention dans les soins de santé mentale sous contrainte en déterminant les modalités d'application par les institutions de santé³⁶³. La Haute Autorité de la Santé française a également donné des recommandations³⁶⁴ en la matière³⁶⁵.

151. Nous relevons de la disposition L3222-5-1 du code de la santé publique français dix conditions afin que l'isolement et la contention puissent être légalement mis en œuvre en France. Ces conditions sont les suivantes.

³⁶¹ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

³⁶² Instruction française du 29 mars 2017 précitée.

³⁶³ *Ibid.*

³⁶⁴ Code de la sécurité sociale français, art. L161-37.

³⁶⁵ Haute Autorité de la Santé, *op. cit.*

Section 1. Le dernier recours.

152. Le législateur français prévoit dès la première phrase de l'article L3222-5-1 du code de la santé publique français que « *l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours*³⁶⁶ »³⁶⁷. En France, le psychiatre ne peut décider d'isoler ou de procéder à une contention qu'exceptionnellement, et qu'après avoir tenté des mesures alternatives.

153. Aucune disposition ne prévoit le dernier recours dans la loi et arrêtés royaux belges.

Section 2. L'objectif exclusif de sécurité.

154. L'article L3222-5-1 du code de la santé publique français précise que l'isolement et la contention ne peuvent avoir pour objectif que de « *prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui*³⁶⁸ ». On peut dès lors en déduire qu'il est interdit en France de procéder à un isolement ou à une contention pour des raisons de confort du personnel ou pour des raisons punitives. L'Instruction du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé français précise au surplus que ces pratiques doivent être guidées par le seul état clinique du patient³⁶⁹. Le dommage à prévenir doit, de plus, être « *immédiat* » ou « *imminent* »³⁷⁰. Un isolement ou une contention ne peut donc revêtir un caractère préventif.

155. Si l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers, en les classant dans les mesures de « *sécurité physique*³⁷¹ », et l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, en les appelant « *mesures de protection* »³⁷², ont fait transparaître la volonté de rattacher l'isolement et la contention à un objectif de sécurité dans les soins de santé, et si la jurisprudence belge considère que la contention fait partie de mesures

³⁶⁶ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

³⁶⁷ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 2 ; Haute Autorité de la Santé, Service des bonnes pratiques professionnelles, *Isolement et contention en psychiatrie générale*, Recommandations pour la pratique clinique, février 2017, p. 5.

³⁶⁸ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

³⁶⁹ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 3.

³⁷⁰ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

³⁷¹ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, Annexe I.

³⁷² Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5.

pour assurer la sécurité du patient³⁷³, il n'existe dans le cadre juridique belge aucune norme qui est explicite à ce sujet, contrairement au droit français.

Section 3. La décision d'un psychiatre.

156. L'isolement et la contention en soins de santé mentale ne peuvent être mis en œuvre, en France, que « *sur décision d'un psychiatre*³⁷⁴ ». Un membre de l'équipe soignante ne peut donc agir de sa propre initiative³⁷⁵. De cette manière, le législateur français insiste sur l'importance et le caractère strictement médical de ces mesures de protection³⁷⁶. Le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé précise que la décision du psychiatre doit être fondée sur les « *éléments cliniques d'un examen médical* ». Le psychiatre doit ainsi justifier ceux-ci ainsi que le « *caractère adapté, nécessaire et proportionné à l'état clinique du patient*³⁷⁷ » dans le dossier médical. En outre, « *aucune décision ne peut être prise par anticipation ni avec l'indication « si besoin »*³⁷⁸», étant donné que la décision d'isolement ou de contention doit être prise au moment même de la survenance d'une situation problématique. Cependant, ni la loi française ni l'Instruction précitée ne précisent si la prescription médicale doit être sous forme de prescription médicale écrite.

157. Il s'agit de souligner ici encore une grande différence avec le cadre juridique belge, qui, lui, classe l'isolement et la contention dans les actes infirmiers pouvant être mis en œuvre sans prescription médicale³⁷⁹. L'article 5 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux pourrait être considéré comme se rapprochant de la disposition française, mais une fois encore, elle ne précise pas explicitement que c'est uniquement sur la décision d'un psychiatre que l'isolement et la contention peuvent être effectués. Il prévoit uniquement que « *le médecin-chef de service doit inscrire ces mesures de contrainte dans un registre en mentionnant leur durée, leur nature et l'indication médicale* » et que « *Ce registre est paraphé chaque jour par le médecin traitant de service lequel y annote ses observations*³⁸⁰. » En ce qui concerne la circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 relative à l'isolement

³⁷³ Liège, 5 janvier 2012, R.G.A.R., 2012, p. 14868.

³⁷⁴ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

³⁷⁵ Haute Autorité de la Santé, *op. cit.*, p. 5.

³⁷⁶ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 5.

³⁷⁷ *Ibid.*

³⁷⁸ *Ibid.*, p. 3.

³⁷⁹ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, Annexe I.

³⁸⁰ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5, §1^{er}.

des patients admis en hôpital psychiatrique et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux³⁸¹, elle prévoit que « *La responsabilité de prendre ou non une mesure de contrainte incombe en premier lieu au médecin en charge du traitement*³⁸². », et est donc tout aussi peu claire que l'article 5 de l'arrêté royal du 18 juin 1990 en ce qui concerne la nécessité d'une décision d'un psychiatre en matière d'isolement et de contention. De plus, il est important de rappeler que cette circulaire n'a pas de valeur juridique.

158. La disposition L3222-5-1 du code de la santé publique français, même si elle ne règle pas tous les aspects de cette décision d'un psychiatre, est donc bien plus claire que les normes belges en la matière.

Section 4. La durée limitée.

159. L'article L3222-5-1 du code de la santé publique français précise que la décision du psychiatre de procéder à un isolement ou à une contention en soins de santé mentale doit être « *prise pour une durée limitée*³⁸³ ». Ainsi, « *dès la décision prise, les professionnels de santé doivent rechercher les moyens de lever ces mesures dans les plus brefs délais afin de garantir le caractère limité dans le temps de la contrainte*³⁸⁴ », et « *la disponibilité de sa chambre est assurée au patient à tout moment dès l'amélioration de son état clinique*³⁸⁵. »

160. Le cadre juridique belge est muet concernant la durée autorisée d'un isolement ou d'une contention en soins de santé mentale.

Section 5. Une surveillance stricte.

161. Selon la loi française, l'isolement et la contention « *doivent faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin*³⁸⁶. ». Ces professionnels à qui est confiée cette surveillance stricte sont, conformément à

³⁸¹ Circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 précitée.

³⁸² *Ibid.*

³⁸³ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

³⁸⁴ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 3.

³⁸⁵ *Ibid.*

³⁸⁶ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

l'article R. 4311-6, 3° du code de la santé publique français³⁸⁷, les infirmiers du service³⁸⁸, dont les noms seront indiqués dans le registre (§ 175).

162. En Belgique, l'article 5 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit en son deuxième paragraphe que « *le personnel infirmier doit assurer un contrôle intensif et régulier*³⁸⁹. » Cela semble être une protection équivalente à celle prévue par le législateur français.

La jurisprudence belge insiste également sur une surveillance accrue du personnel soignant lors de la mise en œuvre d'un isolement ou d'une contention (voir §§ 71 à 75) et rejoint ainsi les règles prévues par le Roi belge et le législateur français à cet égard.

Section 6. Un espace dédié à l'isolement et la contention.

163. La loi française prévoit que l'isolement et la contention doivent avoir lieu dans une « *chambre d'isolement et de contention*³⁹⁰ ». Le Ministère des affaires sociales et de la santé précise ainsi que la mesure d'isolement doit impérativement être prise dans un « *espace fermé, dédié, aménagé pour cet usage, permettant une surveillance par les professionnels soignants*³⁹¹ », et en aucun cas dans une chambre « *ordinaire*³⁹² », qui ne constituerait pas un cadre propice à assurer la sécurité du patient. Il est toutefois toléré d'isoler un patient dans le cas où l'espace généralement prévu ne serait pas disponible. Cependant, cela doit rester un cas d'exception et cela doit être précisé dans son dossier médical³⁹³.

164. Les contentions mécaniques sont également en principe mises en œuvre dans les chambres d'isolement. Cependant, les recommandations de la Haute Autorité de la Santé française indiquent que dans certains cas médicaux exceptionnels, il est conseillé de procéder à la contention mécanique en dehors de la chambre d'isolement³⁹⁴.

³⁸⁷ Code de la santé publique français, art. R4311-6, 3°.

³⁸⁸ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 5.

³⁸⁹ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5.

³⁹⁰ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

³⁹¹ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 3.

³⁹² *Ibid.*

³⁹³ *Ibid.*, p. 5.

³⁹⁴ *Ibid.*

165. Le cadre juridique belge est lui, une fois encore, flou à cet égard. D'une part, même si plusieurs arrêtés royaux reconnaissent l'existence d'une telle chambre, ils ne précisent pas qu'elle est obligatoire en cas de traitements sous contrainte³⁹⁵, et d'autre part, l'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions prévoit l'existence tant de l'« *isolement au cabanon* » que de toute « *mesure d'isolement (autre que cabanon)* »³⁹⁶.

Section 7. L'existence d'un registre.

166. Le législateur français a accordé une attention particulière à la nécessité d'un registre dans lequel les institutions de santé mentale qui accueillent des patients hospitalisés sous contrainte inscrivent les données concernant l'isolement et la contention des patients. L'objectif de ce registre est d'assurer un suivi de la pratique grâce à des données recensées dans un document unique³⁹⁷.

Ce registre est un document administratif, sous format numérique ou papier, établi sous la responsabilité du directeur d'établissement³⁹⁸. Il est distinct de celui qui recense les admissions en soins sans consentement³⁹⁹ et reprend chaque donnée relative aux patients qui font l'objet de soins sans consentement tels que l'isolement et la contention⁴⁰⁰. Ces mesures sont classées distinctement selon qu'elles sont mises en œuvre en chambre d'isolement ou non⁴⁰¹. L'article L3222-5-1 du code de la santé publique français prévoit en outre qu'il est obligatoire de mentionner pour chaque mesure le nom du psychiatre ayant pris la décision, ainsi que la date et l'heure de la mesure, sa durée, et le nom des professionnels de santé ayant été chargés de la surveillance⁴⁰².

167. Concernant le cadre belge, l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux prévoit

³⁹⁵ Arrêté royal du 23 octobre 1964 précité ; Arrêté royal du 27 avril 1998 précité ; Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité.

³⁹⁶ Arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 précité, annexe 1^{ère}.

³⁹⁷ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 3.

³⁹⁸ *Ibid.*, p. 5.

³⁹⁹ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 4.

⁴⁰⁰ *Ibid.*

⁴⁰¹ *Ibid.*, pp. 3 et 5.

⁴⁰² *Ibid.*, p. 5.

l'existence d'un registre semblable géré par le médecin-chef de service qui y indique chaque jour la durée, la nature et l'indication médicale de la mesure de protection⁴⁰³. Il s'agit également d'un registre distinct de celui qui a pour but de recenser les mises en observation, et il est intéressant d'observer que tant en Belgique qu'en France, il s'agit d'un registre unique à l'entière du service de soins de santé mentale, et non d'un registre propre au patient.

Section 8. Une politique de limitation des mesures de contrainte dans chaque institution.

168. Le législateur français prévoit la mise en place d'une « *politique définie pour limiter le recours à ces pratiques*⁴⁰⁴ ».

169. Les modalités de cette politique n'étant toutefois pas précisées dans la loi, l'Instruction du Ministère des affaires sociales et de la santé explique que cela signifie qu'il est obligatoire pour chaque institution de soins de santé mentale de mettre en œuvre une politique de limitation de l'isolement et de la contention soit mise en œuvre. Cette obligation permettrait, *in fine*, d'« *atteindre le niveau d'exigence désormais attendu par les recommandations de bonne pratique* » dans chaque établissement de santé mentale sous contrainte, c'est-à-dire notamment l'équipement d'espaces dédiés à la contention et à l'isolement et la disposition de protocoles de recours à ces pratiques⁴⁰⁵.

170. Le cadre juridique belge ne se prononce pas quant à l'obligation d'une telle politique interne relative à l'isolement et à la contention en soins de santé mentale. Toutefois, de nombreuses recommandations existent afin de tendre vers une telle politique de réduction de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale⁴⁰⁶. Cependant, ces recommandations ne revêtent aucun caractère contraignant, contrairement à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique français.

⁴⁰³ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 5.

⁴⁰⁴ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

⁴⁰⁵ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 4.

⁴⁰⁶ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 1 ; Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.* ; Groupe de travail Permanent « psychiatrie » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *avis sur les remarques concernant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux*, 9 juillet 2015, p. 15 ; Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *avis n°21 relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, 10 mars 2003.

Section 9. Un rapport annuel.

171. Outre la création d'un registre, le législateur français impose la production d'un rapport annuel sur le recours à l'isolement et à la contention au sein de chaque institution de soins de santé mentale sous contrainte.

Ainsi, conformément à l'article L3222-5-1 du code de la santé publique français⁴⁰⁷, chaque établissement concerné doit chaque année rédiger un rapport qui rende compte des pratiques d'isolement et de contention mises en place au sein de l'institution, de sa politique interne de limitation de ces pratiques, et de l'évaluation de la mise en œuvre de cette politique. Ce rapport doit être fondé sur une réflexion menée par les différents soignants de l'institution concernés par la mise en œuvre de l'isolement et de la contention⁴⁰⁸, et indiquer notamment le nombre de patients ayant fait l'objet de ces mesures, le nombre de mesures par patient, leurs durées minimales et maximales, les effets indésirables, etc., dans le but d'établir des statistiques de mises en œuvre de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale en France, et dans le but d'une mise en place d'une politique adaptée⁴⁰⁹.

172. En Belgique, un rapport annuel est prévu par l'article 4 de l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux⁴¹⁰. Cependant, celui-ci ne recense que les mises en observation, et non les isolements et contentions.

L'arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre ayant la Santé publique dans ses attributions⁴¹¹ prévoit, lui, que tout service psychiatrique doit transmettre au Ministre de la Santé publique un certain nombre de données regroupées dans un « *résumé psychiatrique minimum* » sous forme électronique afin que les besoins de ces services et que la politique de santé à mener puissent être évalués⁴¹². Celui-ci comprend les données d'isolement et de contention des patients⁴¹³. Cependant, contrairement au système français, il ne s'agit pas

⁴⁰⁷ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

⁴⁰⁸ Instruction française du 29 mars 2017 précitée, p. 5.

⁴⁰⁹ *Ibid.*, p. 6.

⁴¹⁰ Arrêté royal du 18 juillet 1991 précité, art. 4.

⁴¹¹ Arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 précité.

⁴¹² *Ibid.*, art. 3, § 1^{er}.

⁴¹³ *Ibid.*, annexe 1^{ère}.

d'un rapport annuel spécifique à l'isolement et à la contention, car les données de ces derniers font partie de plusieurs dizaines d'autres types de données recensées dans ce simple résumé.

Section 10. Un double contrôle.

173. Un processus important de contrôle et de suivi des mesures d'isolement et de contention a été prévu par le législateur depuis 2016, de manière à permettre aux pouvoirs publics de mettre en place une réelle politique de prévention et de contrôle de ces pratiques.

174. Un double contrôle est prévu par le législateur français. Le premier contrôle est sur le registre, et le second sur le rapport annuel.

En ce qui concerne le registre, il est prévu qu'il « *doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires*⁴¹⁴. »

Le rapport annuel fait également l'objet d'un contrôle. La loi précise que « *Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1*⁴¹⁵. »

Une commission des usagers, dont l'organisation est régie par l'article L.1112-3 du code de la santé publique français⁴¹⁶, existe en France dans chaque établissement de santé et rend un avis à l'établissement après qu'il lui ait transmis son rapport.

Le conseil de surveillance, lui, « *communique au directeur général de l'agence régionale de santé ses observations sur le rapport annuel présenté par le directeur et sur la gestion de l'établissement.* » L'agence régionale de santé, après avoir recueilli l'avis du conseil de surveillance, doit en tenir compte afin de « *mettre en œuvre une politique de suivi, d'analyse et de prévention de recours à la contention et à l'isolement* »⁴¹⁷.

175. De son côté, le législateur belge a prévu un contrôle par le procureur du Roi et le juge de paix du lieu du service, ainsi que par les médecins-inspecteurs-psychiatres désignés à cette

⁴¹⁴ Code de la santé publique français, art. L3222-5-1.

⁴¹⁵ *Ibid.*

⁴¹⁶ Code de la santé publique français, art. L1112-3.

⁴¹⁷ *Ibid.*, art. L6143-1.

fin dans l'article 33 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux⁴¹⁸. Il précise qu'« *ils peuvent se faire présenter les registres tenus en exécution de la présente loi et tous documents nécessaires à l'exécution de leur mission*⁴¹⁹ ». Cependant, il s'agit d'un contrôle du respect de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux⁴²⁰, et non un contrôle spécifique aux pratiques d'isolement et de contention.

176. Cette analyse comparative montre que le législateur français s'est donné les moyens de faire de la question du contrôle de l'isolement et de la contention en soins de santé mentale une priorité nationale. Un grand nombre de conditions doivent en effet être respectées par les institutions ayant recours à ces pratiques, selon des directives particulièrement claires et précises. L'exemple français pourrait être suivi par le législateur belge afin de mettre en place un cadre juridique adéquat et complet.

TITRE V. Analyse critique et proposition de cadre juridique.

Chapitre 1er. Analyse critique du cadre juridique existant en Belgique.

Section 1. Un manque de normes juridiques réglant l'isolement et la contention en soins de santé mentale.

177. Après avoir analysé le cadre juridique belge relatif à l'isolement et à la contention dans les soins de santé mentale et l'avoir comparé avec celui de la France, force est de constater que le cadre belge est plus que limité en la matière.

178. En effet, contrairement à l'hospitalisation forcée qui est régie tant par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux que par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, le traitement sous contrainte n'a pas de cadre juridique clair en Belgique⁴²¹, et ce malgré la recommandation internationale du Comité des ministres du Conseil de l'Europe⁴²² et les recommandations nationales telles que celles du Conseil Supérieur de la

⁴¹⁸ Loi du 26 juin 1990 précitée, art. 33.

⁴¹⁹ *Ibid.*

⁴²⁰ *Ibid.*

⁴²¹ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 1.

⁴²² Recommandation du Comité des ministres précitée.

Santé⁴²³, de la Commission fédérale « Droits du patient »⁴²⁴ et du Conseil national de l'Ordre des médecins⁴²⁵. Le groupe de travail permanent « psychiatrie » du SPF Santé publique avait également spécifiquement demandé au législateur belge qu'un « *cadre légal explicite* » soit adopté sur la base des différentes recommandations belges pour « *l'utilisation d'un « traitement forcé* »⁴²⁶. L'insécurité juridique en matière d'isolement et de contention en soins de santé mentale est donc grande en Belgique, car, actuellement, les praticiens n'ont pas de norme claire qui fixent les conditions dans lesquelles ces mesures peuvent être mises en place⁴²⁷. Il est dès lors nécessaire que le législateur belge prenne en compte ces différentes recommandations qui datent maintenant d'il y a de nombreuses années⁴²⁸.

179. En outre, l'isolement et la contention sous contrainte représentent des enjeux fondamentaux en ce qu'ils portent atteinte à des droits de l'homme. Dès lors, la simple mention de ces pratiques dans des arrêtés royaux ou circulaires ne peut suffire à justifier des atteintes à la liberté individuelle⁴²⁹, au droit à la vie privée⁴³⁰, ou encore à la dignité humaine⁴³¹. De plus, la Belgique semble en défaut de prendre les mesures nécessaires à la mise en œuvre de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, qui précise en son article 15 que

« Les États Parties prennent toutes mesures législatives, administratives, judiciaires et autres mesures efficaces pour empêcher, sur la base de l'égalité avec les autres, que des personnes handicapées ne soient soumises à la torture ou à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants⁴³². »

La Belgique, qui est pourtant partie à cette convention, ne respecterait donc pas cette disposition internationale, car elle n'a pas pris toutes les mesures législatives, administratives et judiciaires pour éviter que les personnes malades mentales ne soient soumises à des traitements dégradants. En effet, ne pas prévoir les conditions dans lesquelles des traitements sous contrainte peuvent être mis en œuvre crée une insécurité juridique qui peut mener à des abus envers les patients malades mentaux.

⁴²³ Conseil Supérieur de la Santé, *op. cit.*

⁴²⁴ Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.*

⁴²⁵ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*

⁴²⁶ *Ibid.*, p. 1 ; Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.*; Groupe de travail Permanent « psychiatrie » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *op. cit.*, p. 15

⁴²⁷ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 4.

⁴²⁸ *Ibid.*, p. 1 ; Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.*; Groupe de travail Permanent « psychiatrie » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *op. cit.*, p. 15.

⁴²⁹ Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales précitée, art. 5, §1er, al. 1er.

⁴³⁰ *Ibid.*, art. 8.

⁴³¹ Déclaration universelle des droits de l'homme précitée, art. 1^{er}.

⁴³² Convention relative aux droits des personnes handicapées précitée, art. 15, §2.

180. Les travaux préparatoires de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux montrent pourtant qu'il avait été proposé par certains parlementaires d'insérer des garanties du patient malade mental qui auraient pu constituer un début de cadre juridique en matière de traitements sous contrainte (§§ 38 et 39). Cependant, ces propositions n'ont pas été adoptées, le Sénat considérant que ces garanties étaient implicitement reprises dans la loi. Il est particulièrement étonnant que le Sénat ait considéré cela car la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient n'existait pas encore à l'époque et la vulnérabilité des patients malades mentaux, surtout en hospitalisation sous contrainte, suffisait à justifier, selon nous, une protection plus importante de leurs droits. L'un des membres du Sénat qui soutenait l'insertion de ces garanties fondamentales dans la loi a d'ailleurs fait part de son inquiétude, demandant si cette proposition « *ne vise pas plutôt à protéger le malade mental contre des traitements risqués auxquels il pourrait être soumis, étant donné qu'il devra fort probablement passer une longue période dans l'établissement*⁴³³ », et un autre membre a affirmé qu'« *Une législation fort limitée concernant les malades mentaux pourrait laisser penser erronément que tout ce qui n'est pas expressément interdit est permis*⁴³⁴ ».

181. On constate dans la pratique que c'est ce qui se produit effectivement. L'isolement et la contention sans ordre du juge n'étant pas interdits par la loi, les soignants les mettent en œuvre de leur propre initiative.

182. Le Sénat a maintenu son rejet des propositions de garanties supplémentaires, considérant en outre qu'« *On ne doit cependant pas perdre de vue qu'il s'agit de malades qui ne sont pas toujours en mesure de comprendre par eux-mêmes les implications du traitement et qui, de plus, ne peuvent pas choisir leur médecin*⁴³⁵», et ce malgré qu'il reconnaisse que « *Dans le passé, on a été fortement choqué par les abus qui se commettaient dans certains pays. Et, à l'époque, en entendant les déclarations de personnes placées, on avait l'impression qu'il existait, chez nous également, nombres d'abus*⁴³⁶. »

183. En plus de considérer que ces garanties étaient évidentes et implicites dans la loi, le Sénat était d'avis que la déontologie médicale suffisait à protéger les patients malades mentaux contre des traitements abusifs. En droit, laisser à des règles déontologiques qui n'ont pas de valeur

⁴³³ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 132.

⁴³⁴ *Ibid.*, p. 134.

⁴³⁵ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 133.

⁴³⁶ *Ibid.*, p. 134.

normative la tâche de protéger les droits fondamentaux des patients malades mentaux est tout à fait insuffisant.

184. La preuve que le législateur a eu tort est que les Communautés et Régions ressentent le besoin de créer des circulaires en la matière pour guider les services psychiatriques face à ce vide juridique.

185. Enfin, si législateur français a pu adopter en 2016 une loi régissant spécifiquement l'isolement et la contention dans les soins de santé mentale, il est difficile de comprendre pourquoi le législateur belge ne pourrait pas faire de même.

Section 2. Un manque de clarté dans les normes existantes.

186. A la problématique du nombre limité de règles juridiques belges en la matière vient s'ajouter le manque de clarté des règles existant en matière d'isolement et de contention. En effet, si celles-ci sont difficilement accessibles et obscures pour les juristes, comment un prestataire de soins pourrait-il s'y retrouver ?

187. L'isolement et la contention présentant un caractère hautement attentatoire aux droits de l'homme, ce manque de clarté et d'encadrement est tout à fait inacceptable et empêche les patients des soins de santé mentale d'être efficacement protégés.

Chapitre 2. Proposition de cadre juridique (Annexe V).

188. Notre étude démontre la nécessité d'élaborer un cadre juridique qui réglerait de manière claire et exhaustive l'isolement et la contention dans les soins de santé mentale en Belgique.

189. Dans la mesure où l'isolement et la contention représentent des privations de liberté, ce cadre semble être de la compétence du législateur fédéral⁴³⁷. De plus, puisqu'il s'agit de pratiques qui impliquent des enjeux liés à la protection de droits fondamentaux, il paraît justifié que les traitements sous contrainte soient réglés par une loi fédérale, tout comme la loi du 22

⁴³⁷ Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 110.

août 2002 relative aux droits du patient⁴³⁸, ce qui permettrait ainsi une uniformité au sein du pays, et qui effacerait l'insécurité juridique actuelle.

190. Il ne semble pas pertinent d'insérer ces règles dans la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, car cette loi prévoit, d'après la doctrine, exclusivement un cadre juridique pour les hospitalisations forcées. C'est ainsi que le groupe de travail permanent « psychiatrie » préconise la création d'une norme distincte de celles de la loi du 26 juin 1990 et de la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement⁴³⁹.

191. Quand bien même ces mesures ne seraient-elles pas considérées comme des privations de liberté, le législateur fédéral resterait néanmoins compétent en la matière selon nous, car si les Communautés ont la compétence de régler « *Les soins dispensés à l'intérieur et en dehors des établissements hospitaliers* », conformément à l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, le législateur reste néanmoins compétent pour la « législation organique⁴⁴⁰ ». A cet égard, l'Etat reste en effet compétent pour fixer les normes d'agrément des institutions de soins⁴⁴¹. Les Communautés et l'Etat fédéral se sont d'ailleurs entendus par un protocole sur la répartition des compétences en matière de protection de la personne du malade mental⁴⁴².

192. Outre cette loi fédérale, il serait utile qu'un arrêté royal précise les conditions de la loi et la manière dont les mesures doivent être exercées, ainsi que des exemples de procédures-types.

193. Précisons qu'il s'agira cependant de laisser dans ces normes une marge d'appréciation au personnel soignant. En effet, il nous a souvent été rappelé lors de nos discussions avec des

⁴³⁸ Loi du 22 août 2002 précitée.

⁴³⁹ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 1 ; Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.* ; Groupe de travail Permanent « psychiatrie » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *op. cit.*, p. 17.

⁴⁴⁰ Const., art. 128 ; Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434, art. 5, §1^{er}, I, 1^E, a) ; Avis de la section de législation du Conseil d'Etat précédant l'A.R. du 18 juillet 1991 précité, p. 19 : Selon la section de législation du Conseil d'Etat dans son avis sur l'arrêté royal du 18 juin 1991, il s'agirait d'une matière se rapportant à la « *législation organique* » concernant la dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins, au sens de l'article 5, paragraphe 1er, I, 1E, a), de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles « *de sorte que la compétence de l'autorité nationale ne fait aucun doute* » ; Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, p. 142.

⁴⁴¹ Avis de la section de législation du Conseil d'Etat précédant l'A.R. du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, *M.B.*, 21 février 1989, p. 2967, *cité par* Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, pp. 131, 137 et 143.

⁴⁴² Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens précité, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2, pp. 137 et 143.

acteurs de terrain qu'il serait contreproductif de prévoir un régime juridique trop strict, l'isolement et la contention étant mis en œuvre dans des situations complexes⁴⁴³, et les soins de santé mentale constituant des services très difficiles à gérer en pratique⁴⁴⁴. Il semble en effet important en tant que juriste de rester attentif à la pratique afin d'éviter de mettre sur pied un cadre juridique inutile ou impossible à appliquer pour les acteurs de terrain.

194. Nous allons tenter, dans ce chapitre, d'élaborer une proposition qui pourrait servir de base à ce nouveau cadre juridique belge. A cette fin, il s'agirait de se fonder sur le principe de subsidiarité de l'isolement et de la contention dans les soins de santé mentale, et de fixer un cadre général, des conditions d'application et des règles à respecter pendant et après l'application des mesures. Le produit de cet exercice se retrouve en annexe V de cette étude.

Section 1. Le principe de subsidiarité de la mesure d'isolement et de contention.

195. L'isolement et la contention devraient être, d'après nos analyses précédentes, prévus par le législateur comme étant des mesures de derniers recours. Elles devraient revêtir un caractère exceptionnel et n'être mises en place qu'en cas d'échec d'alternatives⁴⁴⁵. En effet, chaque patient étant différent, il est primordial de rechercher les causes réelles de chaque situation problématique (violence, agitation, etc.), afin de les traiter de manière adaptée⁴⁴⁶, de toujours privilégier la mesure la moins radicale⁴⁴⁷, et de faire preuve d'ingéniosité et d'originalité pour trouver si possible des alternatives à la privation de liberté.

⁴⁴³ Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 1 ; Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.* ; Groupe de travail Permanent « psychiatrie » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *op. cit.*, p. 19.

⁴⁴⁴ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A) ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

⁴⁴⁵ C.E.D.H., arrêt M.S. c. Croatie du 19 février 2015, <https://hudoc.echr.coe.int>, consulté le 10 mai 2019 ; Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 6. ; Conseil National de l'Ordre des médecins, *op. cit.*, p. 1 ; Commission fédérale « Droits du patient », *op. cit.* ; Groupe de travail Permanent « psychiatrie » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *op. cit.*, p. 19.

⁴⁴⁶ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 14.

⁴⁴⁷ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2206 ; Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 14.

§ 1er. La recherche des causes de la situation problématique.

196. Afin de trouver la solution la plus adaptée à une situation de crise, il s'agit d'abord d'en rechercher les causes. Ainsi, simplement interroger le patient semble, selon les praticiens, être le premier réflexe à adopter⁴⁴⁸, afin de faire une analyse des facteurs contextuels de la problématique⁴⁴⁹.

§2. Alternatives observées dans la pratique.

197. Il existe des techniques alternatives efficaces permettant la décompression et la désescalade de la violence⁴⁵⁰ dans le but d'éviter l'isolement et la contention. Elles sont mieux proportionnées et assurent la sécurité du patient tout en respectant son droit à l'autonomie, à l'autodétermination et à l'intégrité physique et psychique.

a. Les activités socio-culturelles.

198. Les praticiens des soins de santé mentale utilisent souvent des activités socio-culturelles comme mesure préventive. En effet, des études scientifiques ont démontré que les situations problématiques en soins de santé mentale sont souvent le résultat de l'ennui ou d'une privation sensorielle⁴⁵¹. Ainsi, la musique, les jeux, le sport, les promenades⁴⁵², ou toute activité de groupe, peuvent constituer de bonnes manières d'éviter l'isolement ou à la contention⁴⁵³.

199. Connaître le patient et savoir ce qu'il aime et ce qui le met mal à l'aise est fondamental pour prévenir les mesures de contrainte et trouver des alternatives efficaces. A cette fin, la collaboration avec le patient est primordiale pour pouvoir créer un lien avec ce dernier⁴⁵⁴.

⁴⁴⁸ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2205.

⁴⁴⁹ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B) ; W. MARKS, *op. cit.*, p. 2205.

⁴⁵⁰ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

⁴⁵¹ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2205.

⁴⁵² *Ibid.*, p. 2204 ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, p. 4.

⁴⁵³ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2205.

⁴⁵⁴ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

b. Un espace « défouloir ».

200. Lors de notre entretien avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique, cette dernière nous a décrit une chambre dans laquelle ils invitaient les patients à aller se défouler, lorsqu'ils se sentaient agités. Il s'agit d'une salle où les patients peuvent se rendre, toujours accompagnés d'un soignant, et où sont prévus des gants de boxe, un sac de frappe ainsi que des murs recouverts de matelas.

Les patients ont également la possibilité de se rendre accompagnés dans les jardins de l'institution afin de se détendre en hurlant⁴⁵⁵.

Cet espace « défouloir » constitue une alternative efficace à l'isolement et à la contention.

c. La « thérapie occupationnelle adaptée ».

201. Une autre alternative à l'isolement et à la contention est la « thérapie occupationnelle adaptée », par laquelle est assignée au patient une tâche adaptée à ses intérêts qui lui permet de concentrer ailleurs son énergie, tout en respectant l'intimité et l'intégrité des autres patients et en ne mettant pas en danger autrui. Il s'agit par exemple de rangement d'objets ou de tâches simples de l'institution⁴⁵⁶.

Section 2. Le cadre logistique.

202. Le service de soins de santé mentale doit disposer des outils nécessaires pour appliquer les mesures d'isolement et de contention en toute sécurité, moyennant une procédure écrite et claire, un matériel adéquat et de bonne qualité ainsi qu'une formation adaptée du personnel soignant.

⁴⁵⁵ Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

⁴⁵⁶ Témoignage du chef infirmier de l'unité d'hospitalisation gériatrique de l'hôpital de Lobbes, Serge Didion, lors de la « semaine sécurité patient » du groupe hospitalier de Jolimont de Janvier 2019 : La « thérapie occupationnelle adaptée » (annexe I, C).

§1^{er}. Une procédure écrite et claire.

203. Pour éviter des conséquences dramatiques, comme nous avons pu en constater lors de notre étude jurisprudentielle, la loi devrait imposer l'application d'une procédure écrite et claire préalable par l'hôpital⁴⁵⁷. Rappelons que l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers requiert déjà en son article 7^{ter} que soient mis en place des « *plans de soins et/ou de procédures* »⁴⁵⁸.

204. Selon la Commission technique de l'art infirmier, cette procédure devrait notamment décrire « *les accords conclus pour une immobilisation adéquate du patient : préparation (quel matériel utiliser, ...) et exécution (ordre des actes, points d'attention, précision sur le plan technique, ...), mesures de sécurité (surveillance, ...), suivi et entretien du matériel* »⁴⁵⁹.

§2. Un matériel adéquat et de bonne qualité

205. Un matériel adéquat et de bonne qualité doit être prévu, car comme explicité au § 76, la plupart des accidents causés par l'isolement et la contention que nous avons pu observer dans la jurisprudence découle d'un défaut du matériel mis à la disposition de l'équipe soignante. En effet, l'absence de matériel ou une qualité défectueuse peut être extrêmement dommageable pour le patient⁴⁶⁰.

206. Ainsi, chaque institution de santé mentale doit disposer de chambres d'isolement aménagées, d'un matériel adapté, de qualité, maîtrisé par tous les soignants, entretenu et contrôlé et immédiatement disponible dans le cas où une contention ou un isolement serait nécessaire⁴⁶¹.

§3. Une formation adaptée du personnel soignant.

207. Enfin, une formation adéquate est nécessaire pour les soignants de soins de santé mentale. Il semblerait que toutes les institutions n'aient pas systématiquement recours à une

⁴⁵⁷ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, p. 231 ; P. CLAEYS en K. VANHAUWAERT, « Jaarverlsag Externe Ombudsfunctie Geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen », mei 2007, pp. 106 et suiv., <http://www.ombudsfunctieggz.be/documentatie/teksten/OF%20JV%202006%20Vlaanderen.pdf>.

⁴⁵⁸ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, art. 7^{ter}.

⁴⁵⁹ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 12.

⁴⁶⁰ Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 230-235.

⁴⁶¹ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 14.

formation pour son personnel en matière d'isolement et de contention. En effet, comme nous l'avons montré durant cette étude, la jurisprudence révèle que certains décès auraient pu être évités si le personnel avait pu apprendre à utiliser correctement les techniques et matériels de contrainte (§ 76).

208. Cette formation doit être régulière, et dispensée par des personnes expérimentées⁴⁶². Une fonction de formateur aux techniques de contrainte pourrait être réglée dans un arrêté royal, sur la base d'avis d'experts.

Section 3. Les conditions d'application des mesures d'isolement et de contention.

209. L'application de mesures d'isolement et de contention doit être soumise à un certain nombre de conditions.

210. Le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe et le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique ont élaboré une liste de critères à remplir pour l'application d'un traitement sous contrainte.

211. Tout d'abord, voici les critères prévus par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe dans sa recommandation de 2004 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.

« Sous réserve que les conditions suivantes sont réunies, une personne peut faire l'objet d'un traitement involontaire :

- i. la personne est atteinte d'un trouble mental ;*
- ii. l'état de la personne présente un risque réel de dommage grave pour sa santé ou pour autrui ;*
- iii. aucun autre moyen impliquant une intrusion moindre pour apporter les soins appropriés n'est disponible ;*
- iv. l'avis de la personne concernée a été pris en considération⁴⁶³. ».*

212. Le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, lui, conseille dans son avis n°21 relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte ce qui suit.

« Comme tous traitements, les traitements forcés administrés aux patients qui le refusent de façon persistante doivent répondre aux « good medical practices ».

⁴⁶² Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 14.

⁴⁶³ Recommandation du Comité des ministres précitée, art. 18.

Lorsque l'on décide d'adopter des mesures de traitement forcé, le Comité estime qu'il convient de satisfaire aux critères suivants :

- Le traitement doit avoir pour but de traiter le trouble mental qui a justifié la mesure.*
- Le traitement ne peut servir exclusivement les intérêts de tiers ou ne représenter qu'une solution à la situation administrative, pénale, familiale ou autre du patient.*
- Le traitement doit toujours avoir aussi un intérêt thérapeutique direct pour le patient concerné.*
- Le traitement doit être adapté à la gravité des symptômes physiques et psychopathologiques.*
- Le psychiatre n'administrera sous contrainte, prudemment et scrupuleusement, que des soins psychiatriques correspondant aux connaissances scientifiques généralement acceptées à ce moment par la communauté de ses pairs⁴⁶⁴. »*

213. Ces recommandations nous ont guidés pour rédiger les propositions qui suivent.

§1^{er}. Le principe du consentement libre et éclairé préalable et de la collaboration avec le patient.

214. Le droit au consentement libre et éclairé est un droit fondamental du patient⁴⁶⁵ et ce, même en soins de santé mentale (§§ 20 et suiv.)⁴⁶⁶. En effet, l'existence d'une maladie mentale n'entraîne pas automatiquement une incapacité à consentir librement. C'est ainsi qu'« *il appartient au médecin d'apprécier, au cas par cas, l'état de son patient au moment où il recueille son consentement* ⁴⁶⁷ ». Cet état doit être réévalué, selon le Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, tout au long du traitement, car il peut évoluer⁴⁶⁸.

Cette obligation légale existe déjà dans l'article 8 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, mais devrait être rappelée dans le cadre de l'isolement et de la contention en soins de santé mentale pour éviter tout malentendu.

215. L'Organisation mondiale de la Santé recommande qu'une autorisation judiciaire soit prévue dans la loi avant tout traitement sous contrainte dans les soins de santé mentale⁴⁶⁹. Au vu de cet avis et de nos analyses précédentes, nous pensons qu'une proposition envisageable serait qu'en cas de refus de consentement, les soignants doivent s'adresser au juge de paix afin

⁴⁶⁴ Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *avis n°21 relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, op. cit., p. 16.

⁴⁶⁵ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8.

⁴⁶⁶ Organisation mondiale de la Santé, op. cit., art. 23.

⁴⁶⁷ P. HENRY et B. DE COCQUEAU, « L'information et le consentement du patient : les nouvelles balises », in G. SCHAMPS, *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Bruylant, Bruxelles, L.G.D.J., Paris, p. 29.

⁴⁶⁸ Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *avis n°21 relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, op. cit.

⁴⁶⁹ Organisation mondiale de la Santé, op. cit., p. 26.

qu'il statue sur la nécessité ou non de mettre en œuvre un isolement ou une contention sous contrainte.

216. Seules les situations d'urgence pourraient justifier une mesure d'isolement ou de contention sans le consentement du patient⁴⁷⁰. Le juge de paix devra ensuite être notifié rapidement afin de statuer sur le maintien de la mesure.

217. L'obligation de recueillir le consentement libre et éclairé du patient ou de son représentant implique en outre une réelle collaboration entre le personnel soignant et ceux-ci⁴⁷¹. Afin d'assurer cette collaboration, il faut informer le patient⁴⁷², l'écouter en retour⁴⁷³ et lui expliquer dans des termes compréhensibles, avec patience et de manière répétée les alternatives qui se présentent à lui⁴⁷⁴. Si l'isolement ou la contention doivent être mis en œuvre, il faut lui expliquer de manière compréhensible la façon dont cela sera exécuté (surveillance, repas, etc.), et les raisons qui ont entraîné cette mise en œuvre.

218. Une collaboration avec les proches est également fondamentale. Un grand nombre de poursuites judiciaires dans le cadre d'isolements et de contentions est intenté par des proches du patient, souvent en raison de leur incompréhension vis-à-vis des mesures prises ou non par le personnel soignant⁴⁷⁵. Cette collaboration avec les proches éviterait cette incompréhension et pourrait également grandement aider le soignant dans la recherche des causes de l'agitation du patient, et d'alternatives à la contrainte⁴⁷⁶.

En effet, des études scientifiques ont conclu que permettre aux proches de voir le patient ou leur demander des suggestions pendant les crises peut aider à calmer le patient et être une bonne alternative aux mesures de contraintes⁴⁷⁷. Les praticiens précisent toutefois que certains proches

⁴⁷⁰ Loi du 22 août 2002 précitée, art. 8, §5.

⁴⁷¹ M.-F. MEURISSE, *op. cit.*, p. 26.

⁴⁷² G. GENICOT, *op. cit.*, p. 256.

⁴⁷³ Témoignage du chef infirmier de l'unité d'hospitalisation gériatrique de l'hôpital de Lobbes, Serge Didion, lors de la « semaine sécurité patient » du groupe hospitalier de Jolimont de Janvier 2019 : La « thérapie occupationnelle adaptée » (annexe I, C).

⁴⁷⁴ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2206.

⁴⁷⁵ D. DE VLEESCHOUWER, « Familles de patients schizophrènes : enquête exploratoire », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, p. 241 : Une enquête menée parmi des familles de personnes schizophrènes mises en observation faite par... avait démontré leur souhait de changer la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne malade mentale en vue de garantir une procédure de concertation avec la famille pendant la période d'hospitalisation forcée.

⁴⁷⁶ Témoignage du chef infirmier de l'unité d'hospitalisation gériatrique de l'hôpital de Lobbes, Serge Didion, lors de la « semaine sécurité patient » du groupe hospitalier de Jolimont de Janvier 2019 : La « thérapie occupationnelle adaptée » (annexe I, C) ; Section « Programmation et Agrément », *op. cit.*, p. 4.

⁴⁷⁷ W. MARKS, *op. cit.*, p. 2205.

peuvent présenter un caractère toxique ainsi qu'un obstacle aux soins. La prudence est dès lors de rigueur en ce qui concerne l'association d'un proche aux soins⁴⁷⁸.

§2. L'objectif exclusif de sécurité et de soins.

219. L'isolement et la contention doivent uniquement être envisagés dans un objectif thérapeutique ou de sécurité. En effet, au regard de nos développements précédents, de la recommandation du Conseil des Ministres du Conseil de l'Europe⁴⁷⁹, et de l'avis du Comité consultatif de Bioéthique de Belgique⁴⁸⁰, aucun autre objectif tel que le confort du personnel soignant ou la punition du patient ne peut justifier un traitement sous contrainte.

§3. Des mesures adaptées et proportionnelles.

220. La mesure doit être adaptée au patient et proportionnelle au danger ou aux soins qui la justifient.

§4. Dans un cadre de concertation pluridisciplinaire.

221. Préalablement à l'isolement et à la contention, *« il importe d'organiser une concertation avec le médecin traitant et les collègues infirmiers et de rechercher avant toute chose les causes (délire, désorientation, troubles des électrolytes, ...) du problème mental⁴⁸¹ »*. En effet, la concertation peut permettre à l'équipe médicale d'identifier la cause de l'agitation du patient, ce qui permettra de réfléchir à une solution et peut-être d'éviter tout isolement ou contention.

222. Cependant, une telle concertation préalable n'est pas toujours possible en pratique, particulièrement dans les institutions psychiatriques. En effet, des urgences critiques survenant régulièrement en raison de l'instabilité mentale des patients, le temps et les moyens peuvent

⁴⁷⁸ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A) ; Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge, (annexe I, B).

⁴⁷⁹ Recommandation du Comité des ministres précitée.

⁴⁸⁰ Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *avis n°21 relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, op. cit., p. 4.

⁴⁸¹ Commission technique de l'art infirmier, op. cit., p. 6.

manquer pour réunir tout le personnel afin de réfléchir à la situation. La concertation interdisciplinaire devrait dans ce cas avoir lieu après la mise en place de la mesure⁴⁸².

§5. La question d'une prescription médicale.

223. La question de la nécessité d'une prescription médicale et de la présence d'un médecin s'est posée de nombreuses fois tout au long de cette étude. Faut-il, comme le prévoit l'arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, prévoir la présence d'un médecin qui donne son aval dans le processus de mesures de contrainte, mais sans préciser qu'il est à l'origine de la décision, afin de laisser une marge de manœuvre au personnel soignant ? Ou alors, faut-il s'inspirer de la loi française ou de la circulaire ministérielle de la Région Wallonne⁴⁸³ qui considèrent la prescription du psychiatre comme obligatoire ? Notre système belge actuel prévoit que l'isolement et la contention physique ou mécanique sont des actes pour lesquels les infirmiers peuvent agir seuls, sans prescription d'un médecin. Seule la contention chimique constitue un acte dit « B2 », nécessitant une prescription médicale⁴⁸⁴.

Dès lors, nous nous interrogeons sur le fait de savoir si isoler ou mettre sous contention un patient malade mental nécessite une prescription médicale, et dans quelle mesure il est possible d'obtenir cette prescription d'un médecin lorsque l'équipe soignante doit recourir à une contention ou à un isolement en urgence.

224. Selon l'assistante psychiatre que nous avons rencontrée, il semblerait adéquat de laisser une marge d'appréciation au personnel soignant, car il n'est pas toujours possible pour le médecin d'être présent au moment de la situation critique. Aussi, le personnel soignant est souvent plus proche du patient et serait donc à même de prendre ce genre de décision⁴⁸⁵.

225. Selon nous, en compromis de ces deux visions, la disposition légale devrait prévoir ceci :

⁴⁸² Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 230-235.

⁴⁸³ Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 précitée, annexe 1, point 3.

⁴⁸⁴ Arrêté royal du 18 juin 1990 précité, annexe I.

⁴⁸⁵ Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée, (annexe I, A).

« §1^{er}. L'isolement ou la contention d'un patient ne peut être mis en œuvre que sur prescription médicale du médecin psychiatre en charge du patient, ou, en cas d'indisponibilité de celui-ci, d'un autre psychiatre de l'institution en charge du patient.

§2. Dans le cas où l'urgence rend impossible la demande de prescription auprès d'un psychiatre avant de procéder à la mesure, l'infirmier qui aura procédé à la contention ou à l'isolement expliquera dans un rapport explicite les raisons de cette impossibilité et de l'urgence, et consultera le psychiatre en charge du patient, qui confirmera ou infirmera le maintien de cette mesure par une prescription médicale dans les plus brefs délais déterminés par le Roi.

§3. Le Roi prévoit un modèle-type de prescription, sur la base d'avis d'experts. »

Section 4. Les conditions à respecter pendant et après les mesures.

§1^{er}. Une surveillance accrue.

226. On pourrait penser que lorsque le patient a été mis en isolement ou sous contention, sa sécurité est assurée. Cependant, il n'en est rien. Comme explicité aux §§ 10 et 15, l'isolement et la contention peuvent créer des souffrances et des blessures physiques et psychiques graves. Cela justifie que le personnel soignant assure une surveillance accrue du patient⁴⁸⁶.

227. Si une surveillance peut être conduite par le biais de vidéos de surveillance, celle-ci ne peut remplacer une surveillance physique de soignants qui viendraient vérifier le bien-être du patient à des intervalles réguliers⁴⁸⁷.

§2. Inscription dans le dossier médical du patient et dans un registre contrôlé.

228. Afin de permettre le contrôle des mesures de contrainte *a posteriori*, il est nécessaire que les soignants qui ont procédé à l'isolement ou à la contention rédigent un rapport détaillé et justifié à la fois dans le dossier médical du patient et dans un registre *ad hoc*⁴⁸⁸. Cela devrait avoir lieu lors d'une concertation de toutes les personnes présentes durant la mise en œuvre de

⁴⁸⁶ P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 79 ; Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, p. 6.

⁴⁸⁷ Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 précitée.

⁴⁸⁸ Commission technique de l'art infirmier, *op. cit.*, pp. 6 et 14 ; P. MUYLAERT, *op cit.*, p. 79.

la mesure afin qu'elles puissent chacune partager les éléments concernant la manière dont la situation a été gérée.

229. Il est également nécessaire que le législateur prévoie un contrôle régulier par une personne désignée par le Roi qui vérifierait chacune de ces inscriptions.

230. L'enregistrement des données dans un registre permettra également à l'Etat d'être informé sur les pratiques mises en œuvre et sur la politique à adopter afin d'améliorer la situation dans les institutions de soins de santé mentale⁴⁸⁹.

§3. Une durée maximale.

231. Une durée maximale de l'isolement et de la contention devrait être prévue dans la loi, sur la base d'avis d'experts. La loi devrait également prévoir ses modalités de renouvellement comme, par exemple, l'obligation d'une prescription médicale.

§4. La levée de la mesure et ses suites.

232. La loi devrait prévoir qui peut lever la mesure et les circonstances de celles-ci. Ces circonstances devraient être inscrites dans le dossier médical et le registre.

233. En outre, un suivi thérapeutique une fois la mesure levée doit être assurée. En effet, nous avons pu constater que l'isolement et la contention peuvent avoir des effets néfastes considérables voire traumatisants sur le patient, ce qui justifie qu'un suivi thérapeutique doit être prévu en conséquence.

⁴⁸⁹ Section « Programmation et Agrément », *op. cit.*, p. 7.

CONCLUSION.

Alors que la vulnérabilité du patient malade mental nécessite une protection juridique particulièrement conséquente, l'isolement et la contention en soins de santé mentale représentent des enjeux importants liés aux droits fondamentaux, tels que la privation de liberté, l'absence de consentement, le recours à la force ainsi que l'atteinte à la vie privée et à l'autodétermination.

Toutefois, malgré l'existence de certains instruments juridiques mentionnant ces pratiques et malgré les nombreuses recommandations qui pressent le législateur à y remédier, le cadre juridique belge ne prévoit toujours pas de garanties suffisantes concernant les traitements forcés sur les patients malades mentaux. Les praticiens de santé mentale sont, de ce fait, peu informés quant à la manière de mettre en œuvre l'isolement et la contention sans porter atteinte aux droits fondamentaux du patient.

Ce vide juridique est alarmant et entraîne une grande insécurité juridique pour les patients en soins de santé mentale. Ainsi donc, nous recommandons, à notre tour, au législateur fédéral belge d'adopter une loi relative à l'isolement et à la contention en soins de santé mentale. Cela ne sera pas chose aisée, car il s'agit de tenir compte du fragile équilibre entre l'obligation de sécurité et les droits fondamentaux du patient, qui sont en perpétuelle tension, mais le législateur a toutefois à sa disposition divers instruments pouvant lui servir d'exemples. En effet, le législateur français a récemment adopté une disposition légale sur ce sujet précis et de nombreux modèles existent également dans diverses conventions, recommandations, avis et mêmes circulaires belges. Nous nous sommes nous-mêmes attelés à l'exercice en tentant de proposer une ébauche de cadre juridique basée sur les éléments qui nous ont paru fondamentaux lors de nos analyses.

Si la présente étude a tenté de poser les bases d'un régime juridique plus clair et plus complet pour la mise en œuvre de l'isolement et de la contention en soins de santé mentale, une réflexion complètement antagoniste pourrait être également avancée. Peut-être, finalement, au risque de dépourvoir nos écrits de sens, que la réponse à la tension entre l'isolement et la contention et les droits fondamentaux n'est pas d'en préciser ses conditions, mais bien d'abolir purement et simplement ces pratiques ? Si l'Islande a franchi une étape historique en parvenant à interdire

toute contention mécanique dans ses soins de santé mentale⁴⁹⁰, la Belgique ne pourrait-elle pas en faire de même ?

⁴⁹⁰ P. MATTHIASSEN, « Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise », *L'information psychiatrique*, 2017/7, pp. 558-562. DOI : 10.1684/ipe.2017.1671, <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-7-page-558.htm>.

BIBLIOGRAPHIE

Législation.

Législation internationale.

Déclaration universelle des droits de l'homme, signée à Paris le 10 décembre 1948, *M.B.*, 31 mars 1949, p. 2488, art. 1^{er} et 5.

Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, signée à Rome le 4 novembre 1950, approuvée par la loi du 13 mai 1955, *M.B.*, 19 août 1955, p. 5028, art. 3, 5 et 8.

Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, signée à Oviedo le 4 avril 1997, non approuvée par la Belgique, art. 5, 6, 7 et 8.

Convention relative aux droits des personnes handicapées, signée à New York le 13 décembre 2006, approuvée par la loi du 13 mai 2009, *M.B.*, 22 juillet 2009, p. 50169, art. 1^{er}, 14, 15, 22 et 25.

Législation européenne.

Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, adoptée le 7 décembre 2000, *J.O.C.E.*, 18 décembre 2000, C364/1, art. 3.

Législation belge.

Constitution, art. 12, 22 et 23, 128.

Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, *M.B.*, 15 août 1980, p. 9434, art. 5.

Code pénal, art. 5, 71, 398, 401, 417*bis*, 417*ter*, art. 417*quater*, art. 417*quinquies*, 418, 419, 420, et 422*bis*.

Code civil, art. 492/1, 1382, 1383, et 1384.

Code judiciaire, art. 17 et 1724.

Loi coordonnée sur les hôpitaux du 7 août 1987, *M.B.*, 7 octobre 1987, p. 14652.

Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1990, p. 14806.

Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, *M.B.*, 26 septembre 2002, p. 43719.

Loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, *M.B.*, 07 novembre 2008, p. 58624.

Loi du 5 mai 2014 relative à l'internement, *M.B.*, 9 juillet 2014, p. 52159.

Législation française.

Code de la santé publique français, art. L1112-3, L3211-2, L3222-5-1, L6143-1, et R4311-6.

Code de la sécurité sociale français, art. L161-37.

Actes réglementaires belges.

Arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, *M.B.*, 7 novembre 1964, p. 11709.

Arrêté royal du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11881.

Arrêté royal n°79 du 10 novembre 1967 relatif à l'Ordre des Médecins, *M.B.*, 14 novembre 1967, p. 11894.

Arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14684.

Arrêté royal du 10 juillet 1990 fixant les normes d'agrément applicables aux associations d'institutions et de services psychiatriques, *M.B.*, 26 juillet 1990, p. 14707.

Arrêté royal du 10 avril 1991 fixant les normes auxquelles la fonction de soins psychiatriques en milieu familial doit satisfaire pour être agréée, *M.B.*, 30 avril 1991, p. 9100.

Arrêté royal du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1991, p. 16628.

Arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre pour être agréée, *M.B.*, 19 juin 1998, p. 20067.

Arrêté royal du 1^{er} octobre 2002 fixant les règles suivant lesquelles certaines données statistiques minimales psychiatriques doivent être communiquées au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, *M. B.*, 10 décembre 2002, p. 55571.

Arrêté royal du 8 juillet 2003 fixant les conditions auxquelles la fonction de médiation dans les hôpitaux doit répondre, *M.B.*, 26 août 2003, p. 41864.

Travaux préparatoires et discussions parlementaires belges.

Avis de la section de législation du Conseil d'Etat précédent l'A.R. du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, *M.B.*, 21 février 1989, p. 2967.

Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par M. Bourgeois, *Doc. parl.*, Ch. Repr., sess. ord. 1989-1990, n° 1098/4-89/90.

Projet de loi relatif à la protection de la personne des malades mentaux, Rapport fait au nom de la Commission de la Justice par Mme Herman-Michielsens, Sén., sess. ord. 1989-1990, n° 733-2.

Avis de la section de législation du Conseil d'Etat précédent l'A.R. du 18 juillet 1991 portant exécution de l'article 36 de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, *M.B.*, 27 juillet 1991, p. 16628.

Réponse donnée à la question de M. Boutmans, *Bull. Questions Réponses*, Sén., sess. ord. 1995-1996, séance du 23 juillet 1996, n° 1-24, pp. 1217-1219.

Réponse donnée à la question de Petra De Sutter, Sén., séance du 22 juin 2016, n° 6-973, disponible sur www.senate.be.

Circulaires ministérielles belges.

Circulaire ministérielle de la Communauté flamande du 24 octobre 1990 relative à l'isolement des patients admis en hôpital psychiatrique et dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux, *cité par* LEDUC, D. et BARDIAU, F., « Contention et isolement : droits et obligations », *Agora*, Bruxelles, 2012, p. 8 *et par* MUYLAERT, P., « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention », *Consilio*, 2013/2, p. 77.

Circulaire ministérielle communautaire de la santé et des affaires Bruxelloises du 24 octobre 1990, *cité par* LEDUC, D. et BARDIAU, F., « Contention et isolement : droits et obligations », *Agora*, Bruxelles, 2012, p. 8.

Circulaire ministérielle de la Région wallonne du 26 octobre 2009 à l'attention des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques, non publiée. (Annexe IV)

Circulaires et instructions françaises.

Circulaire française du 19 juillet 1993 (Circulaire Veil) portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux, non publié au journal officiel, <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-dgssp-3-n-48-du-19-juillet-1993-portant-sur-le-rappel-des-principes-relatifs-a-laccueil-et-aux-modalites-de-sejours-des-malades-hospitalises-pour-troubles-mentaux-2/?pdf=605504>.

Instruction française du 29 mars 2017 relative à la politique de réduction des pratiques d'isolement et de contention au sein des établissements de santé autorisés en psychiatrie et désignés par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement,

http://circulaires.legifrance.gouv.fr/pdf/2017/03/cir_41997.pdf.

Jurisprudence.

Jurisprudence européenne.

C.E.D.H., McCann et autres c. Royaume-Uni du 27 septembre 1995, <https://hudoc.echr.coe.int>, consulté le 10 mai 2019.

C.E.D.H., Koutcherouk c. Ukraine du 6 septembre 2007, <http://hudoc.echr.coe.int/>, consulté le 10 mai 2019.

C.E.D.H., arrêt M.S. c. Croatie du 19 février 2015, <https://hudoc.echr.coe.int>, consulté le 10 mai 2019.

C.E.D.H., arrêt W.D. c. Belgique du 6 septembre 2016, <https://hudoc.echr.coe.int>, consulté le 10 mai 2019.

Jurisprudence belge.

Cass, 13 mai 1987, *Pas.*, 1987, I, p. 1061.

Cass., 21 novembre 1996, *J.L.M.B.*, 1997, pp. 88-91.

Cass., 28 avril 1999, *Pas.*, 1999, I, p. 245.

Cass., 13 novembre 2001, *Pas.*, 2001, I, p. 1848.

Cass. 17 février 2003, *Pas.*, 2003, p. 354.

Cass., 19 octobre 2005, *Rev. dr. pén.*, 2006, pp. 322-329.

Conseil d'État, 11 mars 1998, n° 72.369, *ville de Huy c/ Région wallonne*, non publié.

Bruxelles, 14 septembre 2004, *R.G.A.R.*, 2007, p. 14259.

Liège, 21 juin 2005, *J.L.M.B.*, 2006, pp. 1180-1183.

Mons, 15 novembre 2005, non publiée.

Gand, 10 mars 2011, *Rev. dr. santé*, 2013, pp. 189-192.

Liège, 23 juin 2011, RG 2010/709, non publié, *cité par* MUYLAERT, P., « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention », *Consilio*, 2013/2, p. 80.

Liège, 5 janvier 2012, *R.G.A.R.*, 2012, p. 14868.

Mons, 13 mai 2013, *R.G.A.R.*, 2014, pp. 15105-15107.

Bruxelles, 26 juin 2015, *R.G.A.R.*, 2015, p. 15239.

Civ. Anvers, 8 novembre 2006, *Bull. Ass.*, 2008, pp. 198-202.

Civ. Liège, 09 mai 2007, *R.G.A.R.*, 2009/1, p. 14461.

Civ. Mons, 30 novembre 2007, *R.G.A.R.*, 2009/6, p. 14532.

Civ. Bruxelles, 11 septembre 2009, RG 2002/9636/A, non publié, *cité par* MUYLAERT, P., « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention », *Consilio*, 2013/2, p. 81.

Civ. Bruxelles, 11 septembre 2012, RG 08/577/A, non publié, *cité par* MUYLAERT, P., « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention », *Consilio*, 2013/2, p. 82.

Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014, pp. 230-235.

Pol., Anvers, 19 janvier 2005, *J.J. Pol.-T.Pol.*, 2008, p. 27.

Déontologie belge.

Code de déontologie médicale du 13 mai 2018, élaboré par le Conseil national de l'Ordre des médecins, art. 9, 16, 17, 18, 19, 20, 30, 39.

Code de déontologie des praticiens de l'art infirmier de novembre 2004, élaboré par l'Union Générale des Infirmiers de Belgique, art. 1^{er}, 2, 3, 9, 10 et 17.

Avis et recommandations.

Avis et recommandations internationales.

Recommandation du Comité des ministres aux Etats membres du Conseil de l'Europe du 22 septembre 2004, n° R(2004)10, relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, www.coe.int.

Organisation mondiale de la Santé, « Législation touchant la santé mentale et les droits de l'homme », Guide des politiques et des services de santé mentale, 2005.

Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (C.P.T.), 8 mars 2018, « Rapport au Gouvernement de la Belgique relatif à la visite effectuée par le C.P.T. du 27 mars au 6 avril 2017 ».

Avis et recommandations belges.

Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *avis n° 2 concernant la Convention du Conseil de l'Europe sur les Droits de l'Homme et la Biomédecine*, 7 juillet 1997.

Section « Programmation et Agrément » (SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement), *avis relatif aux admissions forcées*, 12 décembre 2002.

Comité consultatif de Bioéthique de Belgique, *avis n°21 relatif au traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte*, 10 mars 2003.

CLAEYS, P. et VANHAUWAERT, K., « Jaarverlsag Externe Ombudsfunctie Geestelijke gezondheidszorg Vlaanderen », mai 2007, pp. 106 et suiv, disponible sur <http://www.ombudsfunctieggz.be/documentatie/teksten/OF%20JV%202006%20Vlaanderen.pdf>

Commission technique de l'art infirmier (SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement), *Groupe de travail : contention et isolement, rapport final*, octobre 2007.

Coordination des ONG pour les Droits de l'Enfant, « Les droits des enfants en service psychiatrique », Novembre 2008, https://www.lacode.be/IMG/pdf/droit_20enfant_20en_20service_20k.pdf

Commission fédérale « Droits du patient », *avis relatif à l'application de l'article 8 de la loi relative aux droits du patient dans le secteur des soins de santé mentale ou au droit du patient au consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention du praticien professionnel*, 18 mars 2011.

Conseil National de l'Ordre des Médecins, « Traitement forcé d'un malade mental », 14 septembre 2013.

Groupe de travail Permanent « psychiatrie » du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et environnement, *avis sur les remarques concernant la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux*, 9 juillet 2015.

Conseil Supérieur de la Santé : « Aborder et gérer les conflits et pratiques des interventions sous contrainte dans les soins de santé mentale ». Bruxelles : CSS ; 2016. Avis n° 9193. *[L'avis demande d'utiliser cette citation précisément.]*

Doctrines.

Doctrines belges.

COLETTE-BASECQZ, N. « La loi du 5 mai 2014 : un meilleur cadre légal pour l'internement des personnes atteintes d'un trouble mental », in *Actualités de droit pénal*, Anthemis, Limal 2015, pp. 153-212.

DE SOETE, M.-M. et WAUTIER, P., « L'information du parquet pour la suite de la procédure », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, pp. 43-54.

DE VLEESCHOUWER, D., « Familles de patients schizophrènes : enquête exploratoire », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, pp. 213-249.

FOSSEPREZ, B., « La responsabilité pénale de l'hôpital liée au placement de mesures de contention par le personnel soignant », note sous Corr. Bruxelles, 24 février 2014, *Rev. dr. santé*, 2014-2015, pp. 236 à 239.

GALLUS, N., *Précis de la faculté de droit et de criminologie de l'ULB : Bioéthique et droit*, Anthémis, Limal, 2013.

GAUCHE, V., « Le champ d'application de la loi du 22 août 2002 relative aux Droits du patient », in BRILLON, CALLENS, GAUCHE, NOËL, SCHAMPS, VERHAEGEN, *Droits du patient et responsabilité médicale. La loi du 22 août 2002*, Kluwer, Bruxelles, 2003.

GENICOT G., « Chapitre 5 - Les patients vulnérables » in *Droit médical et biomédical*, Bruxelles, Larcier, 2016, pp. 231-268

GUIOT-GOFFIOUL, F. et WAXWEILER, R., « La mise en observation, sa mise en œuvre, sa confirmation ou non, le maintien. Liberté et suivi du patient : regard croisé. », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, pp. 129-149.

du JARDIN, J., « Procédure civile ou procédure pénale en cas de faute médicale », *Bull. Soc. belge Ophtalmol.*, 2004, pp.71-81.

HENRY, P., DE COCQUEAU, B., « L'information et le consentement du patient : les nouvelles balises », in SCHAMPS, G., *Evolution des droits du patient, indemnisation sans faute des dommages liés aux soins de santé : le droit médical en mouvement*, Bruylant, Bruxelles, L.G.D.J., Paris.

LEDUC, D. et BARDIAU, F., « Contention et isolement : droits et obligations », *Agora*, Bruxelles, 2012, pp. 8-10.

MEURISSE, M.-F., « Les droits du patient », in *La protection de la personne des malades mentaux : Ethique, médecine et justice*, Bruxelles, La Charte, 2011, pp. 1-29.

MUYLAERT, P., « La responsabilité des hôpitaux dans la mise en œuvre des mesures de contraintes physiques et de contention », *Consilio*, 2013/2, pp. 76-84.

NEDERLANDT O., « Le dernier rapport du Comité européen pour la prévention de la torture au gouvernement belge : « Au risque de me répéter... » », *J.T.*, 2018, pp. 305-307.

NEDERLANDT, O., et COLETTE-BASECQZ N., « L'arrêt pilote W.D. c. Belgique sonne-t-il le glas de la détention des internés dans les annexes psychiatriques des prisons ? », *Rev. trim. d. h.*, 2018, pp. 213-239.

SCHAMPS, G., « L'autonomie du patient dans le cadre des soins de santé et les interventions possibles de proches en droit belge », in *Mélanges en l'honneur de Gérard Mémeteau, Droit médical et éthique médicale : regards contemporains*, sous la direction de PY B., VIALLA, F., et LEONHARD J., Bordeaux, LEH, 2015, pp. 167- 181.

STAQUET, P., « Loi relative aux droits du patient et psychiatrie », in *Liber amicorum Jean-Luc Fagnart*, Louvain-la-Neuve, Anthemis / Bruylant, 2008,

SWENNEN, F., *Geestesgestoorden in het burgerlijk recht*, Antwerpen, Intersentia, 2000.

ROTTHIER, K., *Gedwongen opname van de geesteszieke*, Brugge, Die Keure, 2012.

VAN den EYNDE, M. et VANHAVERBEKE, J., « Le secteur de la santé mentale », carnets d'éducateurs 2008, pp. 193-208, <http://www.educ.be/carnets/santementale/tout.pdf>.

VAN DE VYVERE, A. et DUMONT C., « Procédures et contention physique », *Rev. Med. Brux.*, 2013, pp. 368-375.

VAN LENNEP, R., *Handboek voor het disciplinair recht en het disciplinair procesrecht*, Vlaamsche drukkerij, Leuven, 1963, p. 3.

VAN OEVELEN, A., « De aansprakelijkheid jegens psychisch gehandicapten », *R.G.A.R.*, 1980, pp. 1 à 32.

VEYS, M.-N., *De wet patiëntenrechten in de psychiatrie*, Gent, Larcier, 2008.

Dictionnaires juridiques.

CORNU, G., *Vocabulaire juridique*, Presses universitaires de France, Paris, 2007.

GOFFAUX, P. *Dictionnaire élémentaire de droit administratif*, Bruxelles, Bruylant, 2006.

Doctrine étrangère.

France

ANTCHANDIE, J., « Béatrice MAURER, « Le principe de respect de la dignité humaine et la Convention européenne des droits de l'homme. », *Pouvoirs dans la Caraïbe*, n°20, 2000.

CANODU, N. et BOYER L., « Evolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *L'information psychiatrique*, 2011/7, pp. 589-593.

Contrôleur général des lieux de privation de liberté, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale (rapport)*, Paris, Dalloz, 2016.

Haute Autorité de la Santé, Service des bonnes pratiques professionnelles, *Isolement et contention en psychiatrie générale*, Recommandations pour la pratique clinique, février 2017.

LARGER, V., *Le médecin et le patient. Ethique d'une relation.*, Paris, L'Harmattan, 2011.

Etats-Unis

DUBE, A.H., MITCHELL E.K., « Accidental strangulation from vest restraints », *JAMA*, 1986, pp. 2725-2726.

KATZ, L., « Accidental strangulation from vest restraints », *JAMA*, 1987, pp. 2032-2033.

MARKS, W., « Physical Restraints in the Practice of Medicine: Current Concepts », *Arch Intern Med.*, 1992;152(11), pp. 2203–2206.

Islande

MATTHIASSEN, P., « Moins de soins sous contrainte : l'expérience islandaise », *L'information psychiatrique*, 2017/7, pp. 558-562. DOI : 10.1684/ipe.2017.1671., <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-7-page-558.htm>.

ANNEXES

I. Entretiens avec des praticiens professionnels.

A. Retranscription de l'entretien du 15.04.2019 avec une assistante psychiatre travaillant dans une institution psychiatrique bruxelloise fermée.

Voici la retranscription de l'enregistrement vocal de la rencontre entre Marie-Noëlle Lippens-de Cerf et une assistante psychiatre dans une institution psychiatrique fermée à Bruxelles. Celle-ci a accepté qu'une retranscription de l'enregistrement soit faite, mais a demandé de rester anonyme.

Dr. -Faisons avec tes questions, ce sera plus simple. Moi je vais sans doute m'étaler sinon, donc comme ça c'est plus ciblé.

L. MN-Pouvez-vous me dire en deux mots en quoi consiste ta profession ici et ce que tu fais dans une journée type par exemple ? Vous êtes donc assistante psychiatre dans le centre fermé ?

Dr. -Oui, depuis octobre 2018. Premièrement, j'accueille les nouveaux patients qui nous sont assignés par le procureur du Roi.

L. MN-Donc les mises en observation ?

Dr. -Oui, je travaille dans un service qui accueille exclusivement des patients en mise en observation. Moi je m'occupe donc de les accueillir, de mener les examens cliniques, les anamnèses, les entretiens. C'est aussi évaluer les raisons qui les ont amenés à être ici, surtout les critères de la maladie mentale et de la décompensation. C'est aussi prendre en charge les patients d'un point de vue médical.

Ce qu'on fait aussi c'est qu'on participe aux audiences devant le juge de paix qu'on reçoit tous les vendredis matin, dans la salle juste à côté ici. Il vient avec son greffier, et nos

patients ont des avocats qui sont souvent commis d'office et plus exceptionnellement les patients insistent pour avoir leur avocat.

On a aussi des réunions pluridisciplinaires qui ont lieu presque tous les jours. On a une équipe qui est composée de médecins, de psychologues, d'infirmiers, d'éducateurs, de kinésithérapeutes. Tous les lundis matins et mardis midis on se voit tous ensemble pour vraiment faire le point d'un point de vue clinique, voir où les patients en sont, et à côté de ça on a encore d'autres réunions.

Pour t'expliquer un peu le fonctionnement, il y a deux ailes dans le service fermé : une aile A et une aile B. L'aile A ce sont les patients qui viennent d'arriver, qui ne sont pas encore passés devant le juge. Ça c'est le très grand moment de crise.

Alors une structure peut être à l'origine d'une demande de mise en observation, mais elle doit déléguer pour l'expertise, et l'institution qui expertise doit déléguer pour l'hospitalisation. Donc si par exemple j'ai un patient qui m'inquiète dans une unité ouverte, je demande une mise en observation et une expertise qui doit donc être faite ailleurs, et l'hospitalisation se fait encore ailleurs.

Donc l'aile A ce sont les patients qui ne sont pas encore passés devant le juge, donc ils sont agités, c'est assez compliqué, et souvent c'est plus là qu'on a recours à des isolements ou des contentions, quand même plus qu'au B où ils sont un peu plus apaisés, ils ont déjà été médiqués, ils sont passés devant le juge, ils savent qu'ils vont rester, ils ont accusé le coup (parce que souvent ils ne sont pas très contents). C'est donc plus aisé d'être avec les patients de l'aile B, ils sont plus réceptifs, et donc on a un peu moins recours à ce genre de mesures.

L. MN- Et combien de patients avez-vous plus ou moins ?

Dr. -Je pense qu'on en a 36 (en tout cas plus que 30 et moins de 40) en tout. Au A il y en a une dizaine, et le reste c'est au B.

C'est bien aussi si on peut rencontrer les familles. Mais dans le cadre de la loi, ce qu'il se passe c'est qu'on ne peut pas avertir d'autres personnes que les cohabitants légaux de la présence de la personne chez nous.

L. MN – Donc même les parents, enfants ne sont pas avertis ?

Dr. – Oui, la loi ne nous le permet pas. Je crois que la loi met surtout l’emphase là-dessus. Après c’est du cas par cas. Je pense que ce sont les cohabitants légaux que l’on doit avertir par courrier et c’est à eux que l’on communique obligatoirement la décision de si la personne doit rester les quarante jours, ou si elle a été levée. Maintenant, on communique sur une base extrêmement régulière avec la famille parce que c’est une aide précieuse parce que parfois les gens ne sont tellement pas bien qu’ils ne peuvent pas nous fournir tellement d’informations, donc on a besoin de l’hétéro-anamnèse pour cela. Ensuite, pour réinsérer les patients dans la vie c’est important. La mise en observation c’est une parenthèse pour qu’ils aient un projet, et pour cela on travaille ensemble avec les familles aussi.

L. MN – Les patients mis en observation sont-ils quasiment toujours réinsérés dans la société ?

Dr. – C’est très particulier, mais ça c’est une question qu’on peut élargir à la psychiatrie en tant que discipline et qu’on peut élargir à la question de maladie mentale. Est-ce que l’on peut être stable tout en ayant une maladie mentale ? Dans quelle mesure peut-on prétendre à certaines aspirations ? Cela dépend vraiment. On a des patients qui en sortant d’ici sont tout à fait fonctionnels, qui exercent même des postes à haute responsabilité, comme on a des patients qui sont institutionnalisés et qui vivent dans des institutions psychiatriques à terme. C’est tout un spectre de sévérité de pronostic.

L. MN. – D’accord merci. Donc ici c’est totalement fermé, et à côté il y a aussi un centre ouvert, c’est ça ?

Dr. – Dans la clinique on a trois étages de psychiatrie volontaire où les patients viennent de leur propre initiative, sur les conseils de leur médecin, ou parfois même d’eux-mêmes. Et ici c’est le centre fermé, oui.

L. MN. – Et l’on pratique aussi l’isolement et la contention dans la partie où l’on est hospitalisé sur base volontaire ?

Dr. – Oui, mais c’est un petit peu différent, je pense. Après je n’ai jamais travaillé dans ce service, mais je ne sais pas si ce sont les mêmes façons de procéder en tout cas. Dans la mesure où quelqu’un est hospitalisé sur base volontaire, il peut décider de quitter à tout moment son hospitalisation, donc c’est encore d’autres données avec lesquelles ils travaillent, alors que nous par définition tant que la situation clinique et que la mesure court (parce que tu sais qu’un médecin peut toujours lever la mesure de mise en observation même

avant le juge), donc que les critères sont remplis, il n'existe pas vraiment cette éventualité de quitter. Et c'est vrai que la contrainte fait qu'on a plus souvent recours à l'isolement et à la contention, parce que les patients montent plus vite dans les tours. Ils veulent sortir et qu'on les laisse partir, et on ne peut pas, parce qu'ils sont de notre responsabilité et qu'on est mandatés pour assurer les soins, et souvent c'est dans ce contexte-là que cela peut monter.

L. MN. – Est-ce que c'est possible d'entrer dans un hôpital psychiatrique sur base volontaire et puis d'être mis en observation ?

Dr. – Tout à fait, mais comme je t'ai expliqué, pas dans le même. Par exemple, imaginons une patiente qui a été admise dans la section volontaire ici au 2^e étage, ça se passe bien, mais à un moment donné elle a une maladie mentale décompensée et présente un danger pour elle-même ou pour autrui, elle fait une tentative de suicide, ou elle commence à être violente ou autre. Si elle refuse de rester et dit qu'elle veut rentrer chez elle. Si elle est décompensée et dangereuse, le médecin qui est en charge d'elle peut faire une demande d'expertise.

C'est dans ce contexte-là qu'on passe d'une hospitalisation volontaire à une mise en observation. Mais, encore faut-il qu'elle soit expertisée par un psychiatre tiers et que le Procureur du Roi trouve que c'est recevable et désigne un centre. Donc il y a quand même des garde-fous. On ne peut pas juste enfermer quelqu'un comme ça, et heureusement.

L. MN – Et dans l'aile fermée, ça se passe comment par rapport à l'isolement et la contention ?

Dr. – Je vais te dire comment ça se passe d'un point de vue pratico-pratique, maintenant moi je ne connais pas les procédures écrites que je t'ai transmises. Maintenant je suppose que notre pratique doit être le reflet des procédures écrites qui ont été établies dans une certaine mesure.

Il y a plusieurs raisons d'isoler quelqu'un ou de le contenir. Ça peut être pour l'apaiser, premièrement. D'une manière générale, ces mesures servent à apaiser quelque chose, ça c'est sûr. Mais parfois il y a des patients qui demandent à être enfermés ou à avoir un espace restreint parce qu'ils sont tellement envahis, que c'est tellement difficile pour eux avec toutes les idées, parfois ils ont des hallucinations, des injonctions, ou ils sont extrêmement

angoissés. C'est apaisant, rassurant d'être dans un espace qui est plus restreint, dans lequel ils n'ont pas beaucoup d'interactions.

L. MN. – Donc ça c'est plutôt pour l'isolement, c'est ça ?

Dr. – Oui, c'est pour l'isolement. Donc ça arrive que parfois des patients de leur propre initiative demandent à être mis en isolement. On n'honore pas toujours cette demande, on évite parfois de les mettre dans la chambre d'isolement où ils sont enfermés, parce qu'il faut savoir que c'est une structure à part. Donc parfois on leur propose plutôt de rester un moment dans leur chambre s'ils ont des chambres seul, on les accommode selon ce qu'on peut faire. Cependant parfois c'est impossible parce qu'ici on a surtout des chambres doubles ou quadruples, et souvent on a recours à l'isolement pour ça. Parfois c'est un aspect qu'on ignore, parce que souvent on pense qu'on enferme les gens pour les punir, mais parfois ils nous font comprendre que c'est quelque chose qui pourrait les aider.

Donc ça c'était pour un petit aparté, mais dans la majorité des cas, on isole ou on contentionne à cause de passages à l'acte. Cela peut être de la violence, de l'agressivité physique ou verbale qui est dirigée vers l'équipe ou d'autres patients, où ça devient complètement ingérable dans le service. Parce qu'on doit protéger le patient en tant qu'individu, mais on a aussi toute la collectivité des patients à protéger, et on doit se protéger aussi soi-même en tant que soignant.

Parfois, l'isolement est aussi utilisé comme une mesure pour un peu « marquer » quelque chose, par exemple le non-respect de certaines règles, notamment le fait de ne pas consommer de substances illicites ou même d'alcool dans l'enceinte. Ça c'est quelque chose sur lequel on est intransigeant, parce que ça peut mettre en danger d'autres patients, ça les expose à des choses qui sont contre-productives pour nous, parce qu'on est quand même dans un projet de soins. Ou pour « punir » le passage à l'acte sur un membre de l'équipe ou un autre patient. Et dans ce cadre-là, on a parfois recours à l'isolement, pour faire un petit peu réfléchir la personne à ce qui s'est passé, et signifier qu'elle a dépassé le cadre tel qu'on le conçoit. Ça c'était pour les isolements.

Le recours à la contention, c'est un peu la même idée. La contention, c'est pour l'agitation. Par exemple, quelqu'un qui est complètement agité, qui n'arrive pas du tout à se poser même quand il est en isolement, il risque de se faire mal. Ou alors, il risque de nous faire mal. Par exemple, lorsqu'on intervient pour faire une injection, parfois ils ne sont pas d'accord ou ils sont extrêmement agités. Il y a quand même dans ce cadre-là des objets

tranchants et coupants (aiguilles, etc.), si la personne donne des coups dans tous les sens, il peut se blesser, il peut nous blesser, et la contention est donc une mesure que l'on peut prendre pour éviter cela.

Les contentions on les utilise aussi, mais beaucoup plus rarement, lorsqu'il y a des patients qui sont dans des états psychiques tellement agités (mais plutôt ici dans l'état psychique que moteur), et où ils n'arrivent pas à dormir. Ce sont généralement des patients que l'on a médiqué pendant des jours et des jours mais qui luttent contre ce sommeil, parfois le fait de limiter leurs mouvements leur permet de retrouver le sommeil. Ça c'est quelque chose qu'on leur explique. On explique toujours pourquoi on emmène quelqu'un en isolement ou pourquoi on le contentionne. Jamais on ne va sauter sur quelqu'un, on l'enferme et on l'attache, ça ne se passe pas du tout comme ça. Il y a toujours un médecin qui accompagne l'équipe et qui dit « Monsieur, soit vous avez été violent, soit vous êtes trop agité, soit on va vous faire une injection ».

L. MN – Donc il y a une prescription comme le papier que tu m'as donné, dans le cadre d'une contention ou d'un isolement ?

Dr. – Non, ce n'est en général pas une prescription comme ça. Souvent, le médecin est présent sur les lieux et prend l'initiative de procéder à un isolement ou une contention, le dit à l'équipe et toute une procédure se met en route. Ou alors, beaucoup plus rarement, c'est un « ordre médical oral » transmis à l'équipe lorsque le médecin n'est pas sur place. Cet « ordre médical oral » existe dans toutes les spécialités, c'est lorsque le médecin n'est pas sur place ou qu'il n'a pas le temps d'encoder ou de prescrire quelque chose, il va déléguer, mais bon ça doit toujours être dans la minorité des actes, on ne peut pas faire ça pour tout. C'est exceptionnellement dire à un infirmier « fais-le ». Donc l'équipe le fait, mais tout est toujours réévalué par le médecin : l'entrée, la sortie, la durée, tout ça c'est le médecin qui décide selon la situation clinique.

L. MN – C'est intéressant, parce que pour le moment dans la loi belge, la contention et l'isolement sont deux actes qui ne nécessitent pas du tout une prescription du médecin, mais qui peut totalement être faits par les infirmiers.

Dr. – Ah c'est très intéressant.

L. MN – Donc je me demande si dans tous les hôpitaux ça se passe comme chez vous.

Dr. – A voir. Je sais qu'en France, c'est encore plus sévère, parce que le patient doit être évalué toutes les heures je pense, et c'est encore plus détaillé, la loi est plus rigoureuse. Mais chez nous il y a toujours un médecin dans le processus.

L. MN – Et vous, vous avez déjà eu l'occasion de contentionner quelqu'un vous-même ?

Dr. – Oui.

L. MN – Et cela se passe comment ?

Dr. – Alors, ce n'est pas tout le monde que l'on contentionne des quatre membres, et si l'on contentionne pour une durée de plus de quelques minutes (parce que la majorité des contentions c'est vraiment très ponctuel, le temps d'injecter la médication), on essaie toujours de contentionner le moins possible (faire un membre-un membre) pour éviter que la personne ne se fasse mal. On essaie toujours de faire le moins longtemps possible et le moins sévèrement possible.

Il faut savoir que nous les médecins on est très sensibles à la question de l'isolement, parce que cela peut être particulièrement anxiogène d'être enfermé comme ça, surtout qu'on ne comprend pas toujours et que l'on se sent mal. Du coup c'est très rare voire inexistant de mettre quelqu'un à l'isolement sans le médicurer, sans lui donner un traitement anxiolytique, sans s'assurer que sa situation clinique peut lui permettre d'être dans un environnement fermé. On veille toujours au confort du patient, c'est vraiment une priorité.

L. MN. – D'accord. Donc vous essayez de contentionner le moins de membres possibles, et c'est avec des sangles, c'est ça ?

Dr. – Oui, c'est ça.

L. MN. – Il y a d'autres types de contention que vous utilisez ?

Dr. – J'en n'ai jamais vu d'autre dans d'autres hôpitaux, c'est comme ça qu'on fait, avec des sangles et des genre de clefs, une sorte de mécanisme magnétique.

L. MN – La contention et l'isolement sont souvent faits de pairs chez vous ? Ou bien c'est complètement séparé.

Dr. – En fait, ce serait vraiment étrange de contentionner quelqu'un sans qu'il soit isolé, ou sans qu'il soit en chambre fermée, parce que c'est le rendre vulnérable. Parce qu'on a des patients qui sont imprévisibles et donc c'est possible qu'un patient soit attaqué par

quelqu'un ou autre. Ce serait quand même mettre la personne en danger, donc a priori non ce n'est pas séparé. Peut-être qu'en y réfléchissant je pourrais trouver une utilité à cela mais a priori je n'en vois pas. Tous nos contentionnés sont en isolement (sauf ceux qui sont contentionnés ponctuellement pour l'injection de médication, cela se passe dans leur propre chambre). Et sur la totalité des personnes que l'on met en isolement, c'est marginal les personnes que l'on contentionne. C'est vraiment marginal, moins de 10% isolés sont contentionnés je dirais.

Les contentions ponctuelles pour les injections sont majoritaires.

L. MN – Si vous deviez donner une moyenne par jour de recours à l'isolement, laquelle serait-elle ?

Dr. – Sur la totalité des patients (en A et en B) ?

L. MN- Oui.

Dr. – Il y a peut-être un voire deux passages à l'isolement sur la totalité (donc une quarantaine de patients), voire pas du tout. On a trois chambres d'isolement, et c'est extrêmement rare qu'elles soient toutes les trois remplies.

L. MN – D'accord. Et donc si j'ai bien compris, lorsqu'il y a une contention ou un isolement, il y a toujours un médecin qui est au courant, qui est présent ou qui donne un ordre médical oral ?

Dr. – Toujours.

L. MN. – Et vous avez le temps de faire ça en général, ou c'est souvent des situations de crise dans lesquelles il n'y a pas le temps de demander l'avis d'un médecin ?

Dr. – Nous on est là jusque 18h/18h30. Tous les jours il y a des médecins présents. Après quand on n'est pas là, c'est possible qu'on nous passe un coup de fil et si le patient est extrêmement agité, c'est possible qu'ils contentionnent le patient, mais ça se compte en minutes. Il n'y a pas quelque chose qui va nuire à la liberté du patient.

L. MN – Et il y a toujours une concertation pluridisciplinaire, que ce soit avant, pendant ou après la mesure ?

Dr. – Oui. On fait toujours appel au médecin, ça c'est la règle. Toujours.

L. MN. – Est-ce que vous avez déjà trouvé des alternatives à l'isolement ou à la contention pour certains patients ? Peut-être des idées originales ou créatives ?

Dr. – Ça c'est un peu notre quotidien. On fait un peu de diversion, mais ce n'est pas seulement pour éviter l'isolement. Être créatif, ça c'est tout le temps. Par exemple on a un patient à qui l'on propose de jouer au scrabble avec lui.

L. MN – Et ça marchait ?

Dr. – Ça marchait, oui. On propose de chanter. Enfin c'est notre quotidien d'un peu jongler avec l'agitation. C'est vraiment quelque chose que l'on fait tout le temps. C'est tellement récurrent que je n'ai pas vraiment d'autre exemple en tête.

L. MN – Est-ce que parfois le fait que la famille soit présente permet justement d'éviter l'isolement ou la contention lorsqu'il est agité ?

Dr. – Recevoir des visites, vous voulez dire ?

L. MN. – Oui.

Dr. – Il y a des deux. Il y a le cas de figure où le patient est apaisé par le fait d'être entouré par sa famille, ce qui est tout à fait normal, naturel et légitime, et il y a le deuxième cas de figure où le patient va être encore plus démonstratif car la tension familiale est grande, ou soit encore se mettent dans une optique de montrer à la famille qu'il souffre. Des fois ça peut monter encore plus en présence de la famille. Il y a donc vraiment des deux. Mais je ne dirais pas en règle générale que la famille par définition systématiquement apaise. Surtout qu'il arrive que des patients soient mis en observation suite à des problèmes familiaux. Quand on a halluciné que notre frère a voulu nous tuer et qu'on l'a agressé pour ça, on n'a pas vraiment envie de le voir apparaître dans la clinique. Donc ça dépend vraiment.

L. MN – Et la famille parfois vous pose problème par rapport aux mesures de contrainte ?

Dr. – Oui. Ils nous interpellent par rapport à ça, ils sont inquiets, et à juste titre. Si je me mets à leur place (j'essaie toujours de me mettre à leur place), et que par exemple mon père est mis en observation et que je demande à le voir et qu'on me dit qu'il est à l'isolement, j'imagine les pires des scénarios.

Du coup on a pris une décision en pluridisciplinaire de pouvoir faire visiter les isolements aux familles, s'ils sont vides (il faut toujours protéger les autres patients) et si la situation

clinique du patient le permet. Donc s'il y a un seul patient, et qu'il est relativement gérable, on le fait sortir dans le couloir de l'isolement où il y a des petits fauteuils et il peut recevoir sa famille là. Donc on essaie quand même d'être accommodants.

L. MN – Et si par exemple le patient est contentonné, ces visites sont possibles aussi ? Ou c'est trop choquant pour la famille ?

Dr. – Ce n'est pas que c'est trop choquant pour eux, mais on se met toujours en tant que soignant dans la perspective du patient (notre patient c'est quand même toujours notre premier interlocuteur, c'est lui que l'on essaie de soigner), à partir du moment où le patient est tellement agité qu'il doit être contentonné, je ne pense pas que ce soit la meilleure situation pour l'exposer à des stimuli quelque'ils soient. L'idée de l'isolement c'est aussi d'un peu restreindre l'éventail de choses qui nous stimulent, avec lesquelles on interagit. Le but est de se poser. Ce serait un peu paradoxal de ramener la famille dans ce contexte-là. Après cela reste mon avis, il y a peut-être des médecins qui le font. Ici on ne le fait pas.

L. MN – Je ne suis pas médecin, mais c'est vrai que lorsque j'entends cela, ça me paraît logique. Y a-t-il des formations ou techniques en particulier pour la contention ? J'imagine que cela ne doit pas être évident de gérer un patient à isoler ou à contenir.

Dr. – Tout à fait. Les formations sont faites à Area+. Cela existe depuis que je suis là en tout cas, donc depuis au moins six mois, donc à mon avis même depuis plus longtemps que ça. Ce sont les formations Pégase qui enseignent au personnel soignant à comment maintenir physiquement quelqu'un, comment l'amener jusque là où on veut l'amener, comment se protéger nous, comment mettre les liens pour les contentions.

L. MN – C'est très agité ici en général ? Y a-t-il des contentions très violentes ?

Dr. – Non, chez les adolescents c'est beaucoup plus agité. Chez nous c'est quand même assez rare. Enfin « rare », c'est vrai que depuis que je suis ici, j'ai quand même un autre regard sur la chose. Je dirais que c'est moins d'une fois par semaine qu'il y a des interventions vraiment musclées. Il faut aussi savoir qu'on travaille aussi avec des Stewarts qui collaborent avec nous, ce sont des agents de sécurité qu'on peut appeler à tout moment, quand on sent que la situation nous dépasse et qu'il faut vraiment avoir quelqu'un qui est formé vraiment pour la sécurité.

L. MN – Ils suivent aussi la formation Pégase ?

Dr. – Oui, eux ils sont vraiment spécialisés dans tout ce qui est immobilisation d'une personne, comment se défendre, les attitudes à adopter pour que cela soit sécuritaire, etc. C'est vraiment leur job.

L. MN – C'est plutôt pendant la journée ou pendant la nuit que les patients sont plus agités ?

Dr. – Franchement je ne dirais pas qu'il y a un moment plus en particulier. Peut-être plus pendant la nuit, mais en même temps c'est peut-être dû au fait que nous on est dépassés parce qu'on est en sous-effectifs pendant la nuit et donc ça me paraît plus ingérable.

L. MN. – Est-ce que vous pensez que les infirmiers se sentent parfois dépassés parce que soit ils n'ont pas le bon matériel, soit parce qu'ils ne sont pas assez nombreux ?

Dr. – Tout à fait, mais ça c'est une réalité qui est je dirais « médicale ». Dans toutes les disciplines on est en sous-effectifs, que ce soit au niveau de l'équipe infirmiers ou des médecins, et il faut savoir que tout ce qui est agitation, passage à l'acte, etc., malheureusement ceux qui sont en première ligne, c'est le personnel soignant et c'est moins les médecins. C'est eux qui se prennent les coups et l'agressivité, et donc effectivement ils sont extrêmement démunis. Parfois et surtout quand les équipes sont moins nombreuses (typiquement les veilleurs de nuit), ça c'est horrible. Parce que le temps que quelqu'un arrive, qu'on ait le médecin au téléphone, on est quand même livré à soi-même.

L. MN. – Et au niveau du matériel, comment est-ce ici ?

Dr. – De mon point de vue de médecin, le premier matériel pour les agitations et cetera c'est les médicaments. On laisse toujours des instructions très claires sur l'éventualité où il y aurait un dérapage, quand on sent qu'un patient pourrait basculer du côté de la violence, ou de l'agitation, on laisse des instructions aux infirmiers sur les médicaments qui pourraient aider. Ça c'est vraiment la première ligne.

Je ne suis pas infirmière, mais je suis persuadée que si je pose la question à mes infirmiers ou infirmières, ils se sentent plutôt rassurés de ce côté-là, car ils ont toujours des directives précises. Pour le matériel, je sais qu'on a plusieurs kits de liens. C'est tout en fait comme matériel : c'est surtout la médication et la contention.

L. MN – Ce que je voulais dire par là c'est que parfois dans certains hôpitaux, il manque du matériel. Par exemple, c'est déjà arrivé qu'il manque des barrières de lits il en manque une, et qu'il y ait des accidents.

Dr. – Ah non ça je ne pense pas que nous on soit dans ce cas de figure-là, ou en tout cas je n'en ai jamais entendu parler.

L. MN. – D'accord. C'est sans doute plus dans les hôpitaux généraux, ou dans les homes. Parce que j'ai l'impression que la contention est fort différente dans les différents types de services.

Dr. – Tout à fait, et surtout qu'il faut savoir qu'avec la population gériatrique, à partir du moment où la personne est désorientée dans l'espace, ou qu'il soit un petit peu dans les vappes, parce que parfois ils sont en délirium et confus, je pense qu'ils ont la main plus lourde sur les contentions (mais peut-être pas sur les isolements). Ce qui n'est pas notre cas. Nous on a une moyenne d'âge de trente ans, je crois, donc c'est vrai que c'est moins quelque chose que l'on fait.

L. MN. – C'est intéressant ça, que ce soit une moyenne d'âge de trente ans. C'est plus à cet âge-là que la maladie mentale se dévoile, ou alors c'est un choix de l'hôpital ?

Dr. – Ce n'est pas un choix dans la mesure où nous on est mandatés, donc on accepte tout ce que le Parquet nous envoie. On ne peut pas choisir les patients qui nous sont envoyés, car ça se décide au niveau légal. D'autre part, je pense qu'il y a plus de décompensation très floride avec des passages à l'acte qui sont plus présents chez les jeunes, car on est à un âge où les prémices de la maladie se découvrent. En psychiatrie c'est plutôt au début de l'âge adulte, fin de trentaine. C'est un petit peu la période critique, à l'âge adulte en tout cas.

L. MN. – De votre point de vue, pensez-vous que ces deux mesures de privation de liberté devraient d'office être encadrées par un médecin ? Ou pensez-vous que c'est tout à fait du ressort d'un infirmier de ressort de gérer ça. Surtout du point de vue de la décision.

Dr. – Je pense que les infirmiers sont tout à fait compétents, et ils interagissent beaucoup plus et beaucoup plus longtemps avec nos patients. Ça pose question parce qu'il est vrai qu'il existe certaines subtilités qui relèvent plus de la connaissance médicale, par exemple sur la manière dont ils pourraient réagir par rapport à certaines médications, ou un peu leur « outlook », dans quelle manière ils sont plus pris par des hallucinations ou autre. Donc ça c'est un peu plus « psychiatrique ». Mais je pense qu'au vu du fait que c'est l'équipe soignante qui est en première ligne et qui est plus vulnérable à cette hétéro-agressivité et au passage à l'acte, je pense qu'ils sont parfois plus à même finalement de juger le caractère imminent de la chose et de pouvoir prendre des dispositions par rapport à ça. Donc est-ce

que ça devrait être limité aux médecins ? Oui et non. Non pour la raison que je viens d'expliquer, et oui parce que je pense qu'à un moment donné il faut avoir des garde-fous et des balises, parce que si n'importe qui prend des décisions il va y avoir des conflits au sein de l'équipe, etc. donc c'est bien qu'il n'y ait qu'une personne référente qui prenne la décision. Dans ce cas-là, c'est bien que ce soit le médecin du patient.

L. MN. – Et par exemple dans des décisions dans des situations d'urgence, par exemple comme vous dites, quand l'équipe reçoit des coups etc., est-ce que vous pensez que ce serait possible qu'ils fassent appel à ces mesures et qu'une prescription médicale soit postérieure aux actes pour les expliquer et les confirmer ? Dans mon mémoire, j'essaie de comparer la loi belge avec la loi française, qui a prévu une loi qui prévoit qu'il faut une prescription médicale pour procéder à une contention ou un isolement, alors qu'en Belgique j'ai vraiment dû creuser très loin, car la seule source qui cite l'isolement et la contention, c'est une annexe à un Arrêté royal, qui prévoit que ce sont des actes B1, donc des actes qui peuvent être mis en œuvre par les infirmiers sans prescription médicale. Il n'y a rien d'autre qui est prévu dans la loi en tant que telle, alors que le Comité consultatif de bioéthique de Belgique a analysé la situation et a trouvé que ce vide juridique était inquiétant. Donc dans mon mémoire j'essaie de proposer un article à intégrer dans la loi. Par exemple proposer un cadre général qui imposerait de prévoir des documents écrits, des formations, des concertations pluridisciplinaires, etc. Là je réfléchis en ce moment à la nécessité d'une prescription médicale, ou peut-être pas une prescription officielle mais en tout cas un suivi du médecin, et c'est pour ça que je vous posais la question d'un point de vue pratique.

Dr. – C'est effectivement inquiétant. Il y a deux choses que j'ai oublié de vous dire. Enfin, plutôt une, et puis quelque chose sur lequel je n'ai peut-être pas mis suffisamment d'emphasis. Premièrement, on a un carnet d'isolement où l'on note les passages des patients à l'isolement avec le nom, le jour etc. et qui doit être obligatoirement signé par un médecin. D'autre part, ça je l'ai déjà dit, mais je ne sais pas si j'ai mis assez d'emphasis, parce que vous me parlez surtout de prescription rétroactive, mais nous ce qu'on fait plutôt ici, et je trouve que c'est un assez bon compromis, c'est un peu l'inverse. Quand on évalue cliniquement un patient et que l'on sent qu'il pourrait être agité ou autre, très souvent voire toujours on laisse une note qui dit qu'on donne notre aval en cas d'agitation ou autre pour qu'il puisse être mis en isolement. C'est aussi une forme de prescription médicale, c'est juste qu'elle est anticipée.

L. MN- Du coup, elle est assez générale ?

Dr. – Oui, et ça laisse quand même une appréciation à l'équipe, donc je pense que c'est vraiment le compromis parfait, personnellement.

L. MN – J'imagine que vous aimeriez quand même bien avoir le feedback sur le contexte de ces mesures.

Dr. – Toujours. Tout ce qui est fait, mais ça ça vaut vraiment pour tout, on a des transmissions de l'équipe infirmière aux médecins tous les jours sans exception pour nous faire un rapport sur ce que le patient a fait ou n'a pas fait, sur s'il a pris ses médicaments ou non, s'il y a eu des problèmes, etc. Et évidemment, un patient qui passe à l'isolement ou qui est contentonné ça fait clairement partie des transmissions. Donc c'est pour ça que moi je trouve que c'est un excellent compromis de donner la possibilité à l'équipe de réagir rapidement si ça devait déraiser, mais que cela reste dans un cadre prescrit par le médecin afin de centraliser le tout, et qu'il y ait eu une appréciation clinique de la situation.

L. MN – Quelle est la durée moyenne de l'isolement ? Y a-t-il une durée minimale et maximale ?

Dr. – La durée maximale c'est 24h.

L. MN – Et ça peut être renouvelé ?

Dr. – Oui, même si je n'ai encore jamais eu le cas. Ça pourrait être renouvelé si le patient demeure extrêmement agité malgré la médication et les interventions du médecin et de l'équipe et qu'il reste un danger pour lui-même et pour les autres. C'est toujours la même idée.

L. MN – C'est une question de sécurité.

Dr. – Oui, d'abord et avant tout. L'isolement c'est une parenthèse qui sert à apaiser quelque chose, et ça reste quand même l'objectif. S'il n'y a pas d'apaisement ou de résolution de la situation, ça me paraît quand même incohérent de mettre fin à l'isolement juste en partant du principe que c'est une mesure restrictive.

L. MN – La chambre d'isolement, elle ressemble à quoi ?

Dr. – Je peux vous la faire visiter tout à l'heure.

L. MN – Ce serait super intéressant pour que je puisse avoir une idée concrète d'en quoi cela consiste, merci.

Dr. – Je peux aussi vous faire une description. C'est comme une petite annexe, qui est au centre du service, comme ça ça permet une certaine accessibilité. Il faut savoir que l'on a un seul isolement qui est constitué de trois chambres, un bain à part, d'une toilette dans chaque chambre, un lit dans chaque chambre. Il y a un petit passage avec des petits fauteuils. On peut donc isoler trois personnes maximum à la fois, vu qu'il y a trois chambres.

Bien sûr il y a des mesures aussi dans l'optique de la sécurité : avant de rentrer, ils sont fouillés pour être sûr qu'ils n'ont pas d'objet tranchant ou d'objet qui pourrait être utilisé pour se faire du mal à eux-mêmes. C'est en effet avant et toujours ça d'abord. On s'assure aussi qu'il n'y ait pas de briquet, parce que si un patient a des idées délirantes il pourrait décider de mettre le feu, ou alors pour nous signifier qu'il n'a pas envie d'être là. Ce sont toutes des choses que l'on garde en tête.

Il y a aussi des caméras, ça j'imagine que c'est quelque chose que vous devez trouver intéressant en tant que juriste. Il y a des caméras qui donnent des images en tout temps de l'isolement. Ce sont trois caméras pour les trois chambres, et les écrans sont accessibles à partir du A et du B dans le bureau infirmier. Les patients n'ont bien sûr pas accès à ça, c'est seulement accessible à l'équipe soignante. Et ça, ça permet, vu les passages réguliers (parce qu'on ne les « jette » pas pour ensuite revenir 24h plus tard), on leur amène leur repas 3x par jour, on passe pour vérifier qu'ils vont bien, pour leur donner leur médication, il y a des tours qui sont faits régulièrement. Ils sont autant vus que les autres patients.

L. MN- C'est donc plus ou moins à quelle fréquence ?

Dr. – Je ne sais pas, ça il faut demander ça aux infirmiers.

L. MN – Mais c'est donc plusieurs fois par jour minimum.

Dr. – Oui, oui complètement.

Dr. – Au niveau des caméras, pourquoi est-ce qu'on fait ça ? Pour s'assurer qu'ils ne sont pas en train de se mettre en danger. Parce que c'est bien beau d'enlever les briquets, objets coupants et tranchants, mais on peut s'étouffer avec ses draps, on peut se taper la tête, etc. Le but des caméras est donc de voir que la personne est posée, qu'elle ne nécessiterait pas une médication ou une intervention quelle qu'elle soit. Donc c'est aussi pour qu'on soit rassurés que la personne aille bien en tout temps.

L. MN – Et vous regardez personnellement ces caméras, ou ce sont d'autres personnes qui font ce travail-là spécifiquement ?

Dr. – En fait on est un peu obligés de les regarder, parce que c'est sur notre passage. C'est dans le bureau infirmier, dès l'entrée. Ça donne dos aux patients, mais tout le personnel soignant circule constamment devant ces écrans.

L. MN – Donc il y a presque toujours quelqu'un qui est devant ces caméras.

Dr. – Oui.

L. MN – J'ai déjà lu pas mal sur les caméras, et les auteurs écrivent que c'est tout à fait légal. Je pense que c'est justifié par le fait qu'il faut une surveillance accrue dans le cadre de ces mesures.

Dr. – Tout à fait, sinon ce ne serait pas cohérent d'enfermer quelqu'un puis ne plus les regarder.

L. MN – Dans le cadre de l'isolement, puisqu'ils ne peuvent pas sortir de leur chambre, j'imagine que c'est dans leur chambre ?

Dr. – Oui, exact.

L. MN. – Quand vous pensez que je fais un mémoire juridique là-dedans, que voudriez-vous que j'écrive ?

Dr. – Ah, très intéressant. Déjà, que la question de la contention et de l'isolement, c'est d'abord une question de sécurité, mais ça j'ai l'impression que vous avez déjà mis beaucoup l'emphase dessus et c'est chouette que vous ayiez perçu ça. Il faut bien comprendre que à aucun moment, on va mettre en isolement quelqu'un qui nous embête ou qui parle trop, ou qui a trop de demandes avec l'équipe. Ça ce n'est absolument pas une raison suffisante pour restreindre l'espace de quelqu'un.

L. MN – Donc ça ne doit jamais être utilisé pour le confort du personnel ?

Dr. – Non. Si vous saviez les choses qu'on doit supporter ou tolérer au quotidien... Et franchement, des patients qui ont des demandes récurrentes, qui ont des demandes quarante fois par jour au bureau demander des choses, c'est vraiment notre quotidien, et ce n'est vraiment pas pour ces raisons-là qu'on met quelqu'un en isolement, et encore moins qu'on l'attache. Ça je pense que c'est important de comprendre. Aussi comme je vous ai dit en début d'entretien, dire que il y a des patients qui demandent ça. Je pense que c'est difficile à concevoir quand on ne travaille pas dans le milieu.

Aussi, que c'est une façon d'apaiser quelqu'un que de restreindre son champ et sa stimulation. Quand ça devient vraiment trop, la chambre d'isolement peut vraiment devenir un lieu d'apaisement.

L. MN – Et c'est aussi valable pour la contention ?

Dr. – La contention, c'est plus encore une fois pour une raison de sécurité pendant les injections, dans les luttes contre le sommeil en conjonction avec une médication.

Aussi rappeler qu'on ne met pas quelqu'un en isolement ou en contention comme ça, sans médication pour l'apaiser, parce que même quand c'est dans une mesure où quelqu'un aurait transgressé le cadre, on a d'abord le but du confort du patient en tête. On se dit que ça doit être angoissant pour ceux qui ne veulent pas être mis en isolement, que c'est quelque chose qui doit être difficile à vivre. Donc on propose toujours une médication pour apaiser.

L. MN – Donc ça arrive qu'un patient demande d'être mis en isolement, est-ce que ça arrive qu'un patient demande d'être contentonné ?

Dr. – Ça je n'ai jamais eu le cas, mais donc j'imagine que ça ne doit pas être impossible.

L. MN – On m'a déjà expliqué qu'une patiente avait accepté d'être contentonnée après que le soignant le lui ait proposé pour qu'elle se calme.

Dr. – Ah oui, ça, ça peut arriver.

L. MN – Ça arrive souvent ?

Dr. – Pas souvent, non. Parce que c'est rarement de gaieté de cœur qu'on accepte d'être attaché, mais oui les patients collaborant à tous les niveaux des soins (accepter la médication, accepter le fait d'être ici, accepter d'aller en isolement), ça existe. A toutes les étapes, ça arrive qu'il y en ait qui collaborent ou non, on voit vraiment tous les cas de figure.

L. MN – Et comment faites-vous pour faire collaborer le patient ? Avez-vous eu des idées particulières ?

Dr. – Déjà, moi je pars du principe que quand on explique pourquoi on fait les choses, et qu'on n'est pas dans une attitude paternaliste, où on viendrait attraper la personne pour l'enfermer et l'attacher, c'est une forme de collaboration. On dit toujours quand on veut faire une injection (ici je ne parle pas de quand on fait des injections en traitement de fond) pour calmer l'agitation, on propose toujours au patient de prendre un médicament par la

bouche. S'il ne collabore pas, on lui dit que malheureusement, son état médical justifie qu'il prenne une médication, et qu'on est dans un milieu de soins contraint et que du coup on va devoir procéder à l'injection, qu'il n'y a pas d'alternative. A ce moment-là, il y avait beaucoup de patients qui avaient refusé qui acceptent l'injection, qui s'allongent et qu'il ne faut pas contentionner pendant l'injection. Pour ceux qui restent, on va leur expliquer que c'est le seul et dernier recours des soignants de faire l'injection, qu'on va aller dans sa chambre, appeler d'autres soignants, si on sent que la personne va monter, pour contentionner. Donc sur toutes les étapes, il y a toujours soit compliance ou pas. C'est vraiment extrêmement variable. En tout cas je pars du principe que quand on explique pourquoi on fait les choses, c'est beaucoup plus facile à accepter, donc c'est clairement une stratégie qu'on emploie tout le temps. Parce qu'on explique tout le temps quand on fait les choses, même si c'est mettre en isolement parce que le patient a consommé dans l'enceinte, on lui dit « voilà, vous avez consommé alors que c'est interdit, vous le saviez, vous avez transgressé, vous vous êtes mis en danger et vous avez mis d'autres personnes en danger en milieu hospitalier, on ne peut pas cautionner, et donc dans ce contexte-là vous allez être mis à l'isolement ». Soit il dit OK, soit il râle. On est toujours dans un dialogue en fait. Je ne sais pas si c'est vraiment un dialogue dans la mesure où on ne prend pas en considération... Si quelqu'un refuse d'être injecté alors que c'est notre dernier recours, on va y aller, parce qu'on est dans un contexte de soins sous contrainte. Et notre prérogative c'est quand même d'arriver à mettre tous les moyens à notre disposition pour que la personne aille mieux. On a quand même une obligation de moyen, et donc oui, il arrive qu'on fasse quelque chose avec laquelle la personne n'est pas d'accord. Mais en tout cas on explique à toutes les étapes.

L. MN – Selon vous, quels sont les effets de la contention et de l'isolement sur les patients ?

Dr. – Ils sont agités lorsqu'on doit avoir recours à ces mesures. Ensuite, ils finissent apaisés, il est rare qu'ils restent énervés car souvent cela crée un sentiment de sécurité et d'apaisement. Bien sûr, avant de les isoler ou de les contentionner, il est de mon avis qu'il est nécessaire de les médicurer. Enfermer ou attacher quelqu'un sans médication pour réduire leur agitation n'a pas de sens selon moi.

L. MN. – Donc vous trouvez que les effets de la contention et de l'isolement sont plutôt positifs chez les patients ?

Dr. – Oui, en général l'objectif d'apaisement de la situation est rempli. Dans la majorité des cas, c'est positif. Cependant, on ne sait pas non plus quelle est la frontière entre ce que la

médication a permis de faire et l'isolement. Ils vont toujours de paires, donc c'est difficile de distinguer les apports des deux.

L. MN. – Et quels effets diriez-vous que cela a sur les soignants qui ont recours à ces mesures ?

Dr. – Je dirais qu'on est soit inquiets, car on a peur que la personne se fasse du mal, soit sereins car la situation dangereuse a pu être gérée. Maintenant ça devient une question d'habitude, même si on ne perd jamais notre sensibilité. On fait toujours très attention au confort du patient.

L. MN. – Si vous deviez me donner des éléments à inclure dans un cadre général d'une loi sur l'isolement et la contention, lesquels me donneriez-vous ?

Dr. – Tout d'abord, une durée maximale, je pense que c'est important.

L. MN. – Vous diriez 24h ?

Dr. – Non je pense que 24h c'est un peu trop long. Je dirais 12h. Ensuite, je pense qu'il faut prévoir qu'une médication soit toujours proposée avant de se mettre en œuvre.

L. MN. – Comme une sorte de contention chimique ?

Dr. – Non. Il faut différencier la contention chimique qui sert à calmer l'agitation du patient en elle-même, et les anxiolytiques qui ont pour effet de diminuer l'anxiété du patient. Ce n'est pas la même chose. Ici je parlais d'anxiolytiques.

L. MN. – Qu'imposeriez-vous d'autre ?

Dr. – Que ce soit à la discrétion du médecin. Maintenant, je trouve que la manière dont nous opérons est une bonne manière. Cela permet d'avoir un certain contrôle du médecin, mais tout en laissant une marge d'appréciation à l'équipe, qui est comme je l'expliquais, en première ligne.

L. MN. – Pensez-vous qu'une formation soit nécessaire, à la fois pour les médecins et pour les soignants ? Personnellement, je pense que pour sa propre sécurité et celle du patient, toute personne qui peut avoir recours à la contention ou à l'isolement devrait suivre cette formation.

Dr. – Oui, je suis d'accord.

L. MN. – Est-ce déjà imposé ici par l'hôpital ?

Dr. – Non, mais c’est vivement encouragé.

L. MN – Que penseriez-vous d’une feuille de route à suivre pendant la durée de l’isolement et de la contention ?

Dr. – Cela pourrait être intéressant de vérifier le confort du patient, oui.

L. MN. – Pensez-vous qu’il serait intéressant d’avoir un contrôle d’un organe tiers ?

Dr. – Non, je pense que chaque médecin et soignant connaît son patient, et que venir s’immiscer dans les décisions prises n’est pas une bonne idée.

L. MN – Mais par exemple si c’est pour vérifier que les raisons ont bien été notées dans un dossier, et qu’un suivi du médecin a été fait, etc. ?

Dr. – Ah donc pas pour contester les justifications en elles-mêmes ?

L. MN – Voilà.

Dr. – Oui, je pense que ça peut être intéressant d’avoir des garde-fous en la matière.

L. MN – Pensez-vous que ce serait mieux accueilli si c’était fait par un médecin ?

Dr. – Peut-être.

L. MN – Pensez-vous que les trois critères de mise en observation devraient être évalués avant de mettre en isolement ou de contensionner ?

Dr. – Non. Cela prendrait bien trop de temps à évaluer et les critères sont d’ailleurs assez flous dans la loi.

L. MN – Pensez-vous que la procédure de mise en observation soit bien pensée ?

Dr. – Non. Déjà comme je le disais, les critères sont très flous, c’est très facile de les remplir. Cela avait pour but d’intégrer trop de personnes plutôt que trop peu. Il n’y a pas de définition claire. Par exemple, le critère de dangerosité est très large. Ensuite, le juge se fie trop à l’avis du médecin. Je pense aussi que les décisions de mise en observation ne sont pas toujours exactes.

L. MN. – Pensez-vous que ce soit possible d’éviter totalement l’isolement ou la contention ?

Dr. – Oui, mais pas dans un milieu de mise en observation, où les patients sont hospitalisés contre leur gré.

L. MN. – Donc finalement, la contrainte amène automatiquement plus de contrainte ?

Dr. – Oui, on peut dire ça.

L. MN – Une dernière question. Devez-vous souvent « refuser » quelqu'un parce que vous n'avez pas assez de place ?

Dr. – Alors on ne peut pas vraiment refuser un patient, car il nous est envoyé par le procureur du roi (qui a d'ailleurs un job très fatigant car il n'y en a qu'un pour tout Bruxelles). Il n'existe que quatre centres de mise en observation à Bruxelles. Parfois quand on a des patients qui nous sont envoyés, on ne peut pas les laisser dans le couloir à attendre, donc on les installe dans une chambre d'isolement en attendant pour qu'ils aient au moins un lit.

L. MN – Merci beaucoup d'avoir pris tout ce temps pour répondre à mes questions. Comme prévu je vous transmettrai la retranscription et mon mémoire et vous êtes tout à fait libre de me demander de ne pas utiliser certains éléments.

Dr. – Avec plaisir, n'hésitez pas à me recontacter si vous avez la moindre question !

B. Retranscription de l'entretien du 14.05.2019 avec la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique belge.

Voici la retranscription de l'enregistrement vocal de l'entretien téléphonique entre Marie-Noëlle Lippens-de Cerf et la directrice paramédicale d'une institution psychiatrique pour jeunes, qui a également travaillé avec des patients adultes dans le passé. Celle-ci a accepté qu'une retranscription de l'enregistrement soit faite, mais a demandé de rester anonyme.

L. MN – Bonjour, c'est Marie-Noëlle Lippens-de Cerf à l'appareil, je vous appelle comme convenu pour vous poser quelques questions pour mon mémoire.

Dir. – Bonjour, oui avec plaisir !

L. MN – Ma première question serait de savoir si vous avez des procédures écrites prévues dans votre institution ?

Dir. – Oui, bien sûr, dans notre bureau, nous avons d'abord la procédure en cas d'une réception de mise en observation. Nous avons aussi des procédures affichées en ce qui concerne la chambre de sécurité, par exemple pour prévoir la fouille d'objets dangereux, et par rapport à la contention, c'est-à-dire les différentes techniques pour ne pas faire mal au patient.

L. MN – D'accord, merci. En ce qui concerne l'isolement et la contention, est-ce que vous les pratiquez toujours de pair ?

Dir. – Non, pas forcément. Pour une contention, c'est important d'isoler en même temps, mais pour mettre en chambre de sécurité, ce n'est pas forcément nécessaire de contensionner si le patient n'est pas agité.

On peut également utiliser les chambres des patients comme chambre de sécurité, si nécessaire. Tous les lits sont également pourvus de matériel afin de pouvoir contensionner, si besoin est.

L. MN – Est-ce que vous avez un registre où vous recensez les informations concernant ces pratiques ?

Dir. – Oui, nous notons toujours l'heure de début et de fin.

L. MN – Et quand est-ce que vous mettez en place ces pratiques ?

Dir. – Seulement à des fins de sécurité, et en l'absence d'alternatives. C'est par exemple nécessaire lorsque l'on est en présence de tentatives de suicide, ou que le patient tente de se faire du mal. C'est vraiment en dernier recours, quand on n'a pas le choix.

L. MN – Quel est le rôle du médecin dans le cadre d'un isolement ou d'une contention, dans votre institution ?

Dir. – Le médecin est averti de la situation d'urgence et donne l'indication de mise en isolement ou en contention. Par exemple, s'il y a une situation de bagarre entre patients, et qu'il faut les séparer. Lorsque le médecin n'est pas présent et que l'on est dans une situation d'urgence, il faut appeler le médecin juste après, cela ne peut pas attendre le lendemain, préférablement.

En général, le médecin est toujours celui qui indique le protocole à suivre pour le patient, mais il est possible que 15 minutes passent.

L. MN – Est-il possible que des patients hospitalisés volontairement fassent l'objet d'un isolement ou d'une contention sous contrainte ?

Dir. – C'est très rare, mais cela peut arriver lorsqu'il est en état de grande violence, ou qu'il a transgressé des règles de l'hôpital qu'il avait signé. C'est également possible lorsqu'un patient présente les trois conditions d'une mise en observation.

Lorsque l'on prive de liberté, on a 24 heures pour prévenir le procureur du Roi.

L. MN – Quelle est la durée maximale d'un isolement ou d'une contention chez vous ?

Dir. – 24 heures. Mais c'est rare, car lorsqu'on est dans ce cas de figure, on les transfère généralement dans un autre service, ou il y a infraction et ils vont en IPPJ.

L. MN – Vous avez travaillé dans le passé dans un service psychiatrique pour adultes, et maintenant vous travaillez dans une institution psychiatrique pour jeunes, c'est bien ça ? Que diriez-vous qui est la plus grande différence entre ces deux types de patients ?

Dir. – Oui, c'est bien ça. Je dirais à la grosse louche qu'avec les jeunes, on pratique surtout la contention pour empêcher les auto-agressions, alors que chez les majeurs, c'est plutôt pour éviter les hétéro-agressions, car ils présentent des pathologies plus franches, des délires plus francs, et des psychoses.

L. MN – D'accord, merci. Pourriez-vous me décrire une chambre de sécurité telle qu'elle est dans l'institution où vous travaillez actuellement ?

Dir. – C'est une pièce avec un lit au milieu, dont on peut faire le tour (il n'y a pas de mur contre le lit), qui est scellé au sol. Il y a des encoches sur le lit en cas de nécessité de contention. Les murs ne sont plus tous blancs, depuis quelques années. On a en effet fait le choix de peindre des motifs sur les murs.

Cette idée nous est venue après une réflexion que nous avons eue, après que le SPF Santé nous ait demandé de réfléchir à des manières d'améliorer nos pratiques. Pendant deux ans, nous avons réfléchi à la question de privation de liberté à comment améliorer la situation des patients qui en faisaient l'objet. Nous avons donné la parole aux jeunes, afin qu'ils nous donnent leur avis. Certains ont dit que les murs blancs de la chambre de sécurité étaient trop froids, alors que le but était de s'apaiser. Cependant, d'autres ont considéré que c'était normal, car c'était un endroit de punition. Nous avons suivi les recommandations des premiers, afin de rendre la chambre plus agréable.

L. MN – Merci. Et comment assurez-vous la surveillance dans les chambres de sécurité ? Par des caméras ?

Dir. – Non, nous n'avons pas placé de caméras.

L. MN – En ce qui concerne la contention et l'isolement, est-ce que vous les accompagnez toujours d'une contention chimique ?

Dir. – Lorsque nous mettons en œuvre une contention mécanique, nous faisons toujours appel à la contention chimique, sinon c'est trop difficile à vivre pour le patient. Mais pour l'isolement, on ne contentionne pas chimiquement si ce n'est pas nécessaire.

L. MN – En ce qui concerne les parents, quel est leur rôle dans l'isolement et la contention ? Est-ce que vous leur demandez leur consentement ?

Dir. – Non, on ne demande pas l'autorisation aux parents. Lorsque les patients sont en mise en observation, on n'a pas besoin du consentement, parce qu'il s'agit de décisions médicales.

L. MN – Et en ce qui concerne le consentement du patient lui-même ?

Dir. – Il arrive que l'on explique au patient qu'on n'a pas d'autre alternative, parce qu'il est trop violent, et qu'il accepte, qu'il aille en chambre de sécurité par lui-même. Il arrive même

parfois que les patients demandent d'être isolés ou contentionnés. Cependant, ils doivent tout de même limiter cela, car il s'agit tout de même de privation de liberté, et ça ne peut être un acte banalisé.

En effet, c'est lourd de conséquences une privation de liberté, et il faut la présence d'un médecin qui voit sa responsabilité engagée, mettre des balises, prévoir que ce soit toujours dans le temps le plus court possible.

L. MN – Et qu'en est-il des concertations multidisciplinaires ?

Dir. – Nous en avons évidemment beaucoup.

L. MN. – J'ai vu en cours que vous aviez une médiation particulière prévue en soins de santé mentale, vous en avez une qui est prévue dans votre institution ?

Dir. – Oui, on a une permanence, il y a une médiatrice qui vient chez nous un mardi sur deux, et on a une boîte où les patients peuvent venir déposer leurs plaintes.

L. MN – Et ils l'utilisent souvent ?

Dir. – Absolument pas chez les ados. Chez les adultes, je me rappelle que c'était de temps en temps utilisé. Mais je pense que ça a été fait qu'une fois depuis l'ouverture du service.

L. MN – Donc vous n'avez pas l'impression que c'est utile ?

Dir. – Si, c'est utile ! Mais je pense que les adolescents ne s'en saisissent pas, et les familles des adolescents qui sont hospitalisés chez nous sont tellement peu investis dans les hospitalisations de leurs enfants qu'ils n'y pensent pas non plus. Ce n'est pas en tout cas reconnu comme quelque chose qui pourrait faire valoir leurs droits.

L. MN – Et chez les adultes, plus ?

Dir. – A mon avis, plus, oui.

L. MN – Et vous avez déjà eu l'occasion de participer à une de ces médiations ?

Dir. – Non, pas que je m'en souviene. Maintenant, dans le cadre des MEO a toujours un avocat, aussi. Donc ça peut être aussi celui qui aide le patient à faire valoir ses droits. Le patient pourrait contacter son avocat et dire qu'il y a eu une mise en chambre de sécurité avec contention abusive. Alors l'avocat peut toujours se saisir de ça, et en avertir le procureur.

L. MN – Et ça arrive souvent que le patient demande à voir son avocat ?

Dir. – Oui, ça arrive. Les adultes font plus souvent appel à leur avocat que les mineurs.

L. MN – Qu'utilisez-vous comme alternatives concrètes essayées avant de mettre en chambre de sécurité ?

Dir. – Si on sent qu'il y a vraiment une grosse tension et que cela risque d'exploser, on a par exemple un défouloir. Donc on peut proposer aux patients d'y aller (toujours avec un membre du personnel). Il y a des gants de boxe, des protections, et ils peuvent frapper contre le sac de frappe, contre les murs qui sont recouverts de matelas, etc.

On peut aussi proposer d'aller courir, d'aller hurler dans le jardin, de rester avec le patient, si on sait qu'il aime la musique, on va lui mettre de la musique. On peut aussi proposer une prise en charge individuelle pour faire un jeu ou faire une balade.

Quand on sent les choses venir, on peut proposer des solutions qui, on le sait, vont permettre qu'on n'arrive pas à l'escalade finale, c'est-à-dire à une mise en chambre de sécurité, parce qu'on aura désamorcé la chose avec tous les exemples concrets que je viens de vous donner.

L. MN – Et ça ce sont des éléments que vous qualifieriez de « techniques de désescalade de la violence » ?

Dir. – Tout à fait, oui. On a aussi une formation qui permet de ne pas utiliser nous la violence à l'égard du patient pour le contentionner et ne pas lui faire mal. C'est un programme de formation interne.

L. MN – Savez-vous si ce genre de formation existe également dans les autres hôpitaux psychiatriques ?

Dir. – Je suppose que oui, parce que par exemple on a aussi des formateurs de la médecine du travail. Comme aujourd'hui on manque un peu d'effectifs pour soutenir la formation en interne parce que ça demande quand même un investissement supplémentaire et qu'on n'a pas les moyens pour donner une prime à ceux qui s'en occupent, on fait souvent appel à quelqu'un d'externe.

L. MN – Est-ce que vous connaissez des sources juridiques par rapport à tout cela ? Je ne sais pas s'il y a des sources juridiques qui sont plus connues que d'autres dans les services psychiatriques...

Dir. – C'est surtout la loi de 90 qui nous intéresse. Il y a aussi peut-être de la jurisprudence qu'on connaît moins, je ne sais pas.

L. MN – En général, quels effets ont la contention et l'isolement sur les patients et les soignants ?

Dir. – Dans l'après-coup, pour le patient, il y a quand même un apaisement, certains patients disent que ça leur a permis de les apaiser. Donc parfois on a des demandes pour les mettre en chambre de sécurité, et là on doit garder en tête que ça doit rester exceptionnel, et essayer de proposer quelque chose d'autre. C'est intéressant de toujours se questionner du pourquoi.

Pour les soignants, ça reste toujours un acte compliqué, car malgré tout, la contention ne se fait pas avec un patient qui se couche sur le lit et qui lève ses bras dans les liens qu'on n'a plus qu'à attacher. Il y a toujours un rapport de force, et ça doit toujours être débriefé, parce que c'est important de prendre un temps après les mises en contention pour donner un temps de parole à chacun, pour que chacun dise comme il l'a vécu, comment chacun va. Parce que chacun a quand même sa fragilité, un état de fatigue, tout cela joue. Il arrive qu'on travaille pour le sixième jour d'affilée, qu'on a dû contentionner tous les jours, etc. Je pense que du coup ça marque les travailleurs, et que la hiérarchie doit en tenir compte, et doit garder à l'esprit que ce n'est pas un acte qui se fait comme un pansement. Il faut donc permettre un espace de parole à chacun par rapport à cela.

Cet acte demande aussi beaucoup de coordination. Il faut parler de si on s'est sentis coordonnés. C'est un acte qui demande qu'une des personnes prenne le lead. C'est-à-dire quelqu'un qui dit « toi tu fais ça, moi je m'occupe du bras droit, toi des jambes, etc. »

Et chez le patient ça peut avoir pour effet d'accélérer la violence car il est fâché, mais c'est toujours accompagné de mots et de gestes accompagnants. Un patient qui se débat, qui est en nage, quand une contention est finie on va lui passer un gant de toilette frais, le lui passer dans le cou, sur le visage. C'est important d'accompagner tout cela de gestes un peu plus maternants. Expliquer ce qu'on fait, pourquoi on le fait, pourquoi on n'a pas d'autre choix, c'est super important. Il faut humaniser le plus possible le geste.

Toujours essayer de le faire le plus possible collaborer. Je dis « le plus possible », parce que s'il était totalement collaborant, on ne devrait pas le contentionner, et il va simplement accepter de rester dans la chambre de sécurité.

L. MN – Ca se passe assez souvent tout ça, par rapport au nombre de patients que vous avez ?

Dir. – Nous on a cette spécificité qu'on accueille également dans une unité médico-légale, c'est-à-dire des patients qui ont des problèmes psychologiques sévères, ou des troubles psychiatriques, et qui, en plus, ont un trouble du comportement. Vous voyez que d'emblée, ce sont des patients qui sont marqués par le saut d'une certaine forme de violence, quand on a des troubles du comportement. Donc forcément, vous voyez bien que c'est une unité dans laquelle on aura plus recours à l'utilisation de la chambre de sécurité. Puisque ce sont des patients qui à cause de leurs troubles du comportement n'atterrissent pas dans une unité volontaire.

L. MN – Et donc ça arrive plus souvent qu'avec des adultes par exemple.

Dir. – S'ils sont mis en observation, ils n'ont pas demandé d'être là non plus, donc voilà. Mais il y a quelque chose chez les adolescents qui est quand même beaucoup plus pulsionnel, et dans l'« agir ».

L. MN – Qu'est-ce que vous pensez du fait que ce soient des actes B1 qui ne nécessitent pas de prescription médicale ?

Dir. – Je pense qu'il faut laisser une marge de manœuvre aux personnes de terrain, ça c'est certain. Comme je vous le disais, de façon concomitante, il faut qu'il y ait un médecin qui valide tout, qui protège, et qui mette en route la mesure. Qu'il règle la question de la surveillance, la médication, etc.

Je pense qu'on doit laisser les personnes en première ligne d'être capables de mettre fin à une forme de violence, lorsque c'est le seul moyen de le faire. Si une prescription médicale est nécessaire, je crains un peu de comment on va faire le soir, le week-end, la nuit, lorsqu'on est confrontés à ça. Il y a un aspect sécurité. Il ne faudrait pas que l'obligation de la présence du médecin vienne interférer avec la sécurité du patient, des autres patients du service, et pour l'équipe.

Mais je rappelle que chez nous on appelle le médecin. Il y en a qui agissent, et une autre personne appelle le médecin.

L. MN – Donc une présence du médecin, mais avec une marge de manœuvre pour le personnel soignant en première ligne.

Dir. – Oui.

L. MN – Et si vous deviez changer quelque chose dans la loi, vous changeriez quoi pour l'isolement et la contention ?

Dir. – Je pense que dans la loi, il n'y a rien d'écrit par rapport au dernier recours. Cela vaut la peine de le préciser. J'aurais envie de remettre les trois critères de la MEO pour la contention, pour conscientiser les gens qui l'utilisent (encore une fois, je précise que je pense qu'elle est nécessaire), et pour vraiment continuer à conscientiser que ça ne doit jamais devenir un acte banal.

L. MN – J'essaie de faire une proposition d'éléments à ajouter dans la loi, et le dernier recours en faisait justement partie, et trouver des alternatives.

Dir. – Maintenant, je pense que c'est toujours plus facile de proposer des alternatives à un patient que l'on connaît bien, quand on sait ce qui l'apaise et ce qui l'énervé. Si c'est un patient qui vient d'arriver et que l'on ne connaît pas du tout, je pense que ce sera plus compliqué.

L. MN – Donc un lien entre le soignant et le patient.

Dir. – Oui, tout à fait.

L. MN – Mais ça j'imagine que ça doit prendre énormément de temps, et que ce n'est pas toujours facile dans les faits.

Dir. – Je dirais que cela dépend, parce qu'avec les ados, il y a une spontanéité qui est plus présente qu'avec les adultes.

L. MN – Est-ce que vous, vous avez une réaction particulière par rapport à tout ça, par rapport à mes questions, quelque chose que vous voudriez que j'ajoute dans mon mémoire ?

Dir. – Non, je pense que je vois plus ou moins l'orientation que vous voulez apporter à l'analyse de la méthode, et j'ai quand même l'impression qu'il y a un souci éthique qui est là d'améliorer la législation à ce niveau là dans l'objectif de protéger un maximum le patient. Moi je pense que c'est comme ça qu'il faut travailler.

Si on des outils juridiques qui permettent de valider ces pratiques, je suis plutôt preneuse. Je pense que on doit laisser une marge de manœuvre au domaine médical, car on est dans

le soin. La loi ne peut pas tout cadenasser dans le domaine médical, mais c'est à mettre sur un même pied que le droit du patient.

Et la privation de liberté, cela doit bien sûr être cadré et réfléchi constamment. Mais se dire que ce n'a qu'un côté « sadique », ça pas du tout, car j'ai déjà à chaque fois pu voir un effet positif sur le patient, car cela a quelque chose de contenant.

L. MN – Je pense que vous avez répondu à toutes mes questions, merci beaucoup.

Dir. – Ok, j'espère avoir pu vous aider.

L. MN – Oui, totalement, car c'est bien de construire quelque chose de théorique, mais c'est important de voir comment cela se passe dans la pratique, car on ne connaît pas en tant que juriste la réalité de terrain, avec laquelle il faut quand même rester cohérents.

Dir. – Tout à fait. L'un ne va pas sans l'autre.

C. Témoignage du chef infirmier de l'unité d'hospitalisation gériatrique de l'hôpital de Lobbes, Serge Didion, lors de la « semaine sécurité patient » du groupe hospitalier de Jolimont de Janvier 2019 : La « thérapie occupationnelle adaptée ».

Lors de la « semaine sécurité patient » du groupe hospitalier de Jolimont de janvier 2019 à laquelle nous avons eu la chance de participer, Serge Didion, le chef infirmier de l'unité d'hospitalisation gériatrique de l'hôpital de Lobbes, citait un exemple concret de solution alternative à une contention qu'il a mise en œuvre lors de l'exercice de sa profession.

Une patiente délirante quittait sans cesse sa chambre pour aller déranger le stockage matériel de l'unité de soins. Si cela ne présentait pas de grand danger, elle était néanmoins considérée comme plus en sécurité dans sa chambre, raison pour laquelle elle était souvent isolée et sous contention pour lui éviter de manipuler des objets potentiellement dangereux.

Ce chef infirmier a trouvé une alternative à cette mesure de contrainte. Il lui a fourni un chariot avec divers objets du stockage que la patiente a pu continuer à ranger en toute sécurité dans sa chambre, en tant que « thérapie occupationnelle adaptée ». Monsieur Didion ajoute qu'une alternative occupationnelle peut aussi consister à faire du patient un « assistant patient » pour les tâches non liées au secret professionnel, tout en respectant l'intimité et l'intégrité des autres patients, et tout en ne mettant pas en danger autrui. Un exemple de ce travail d'« assistant patient » est de le faire disposer le biscuit ou le sachet de sucre près des tasses distribuées, etc.

Ainsi, la contention peut utilement être remplacée dans certains cas, en examinant de près la situation concrète du patient, par une solution mieux proportionnée qui permet de respecter d'une part le devoir d'assurer la sécurité du patient, et d'autre part le droit à l'autonomie, l'autodétermination et l'intégrité psychique et physique du patient.

Certes, il ne s'agit pas ici d'un cas qui s'est déroulé dans une institution de soins de santé mentale, mais il semble que cela prouve dans une certaine mesure que lorsque les prestataires de soins sont sensibilisés par rapport au sujet et ont (ou se donnent) le temps et les moyens de se pencher sur le cas concret d'un patient, ceux-ci sont plus à même de réfléchir à des solutions alternatives à l'isolement ou à la contention du patient qui pose un problème.

Serge Didion ajoute en outre que l'humour est un outil qui lui a très souvent été utile lors de sa profession, afin de faire face à de multiples situations problématiques liées à des patients.

II. Exemples de procédures internes dans un hôpital psychiatrique fermé.

Prescription contention		
Nom <i>coller ici une étiquette d'identification</i>		
Chambre :	Date :	
PRESCRIPTION (valable max. 24h)		
Début de la mesure :	Date :	Heure :
Fin de la mesure :	Date :	Heure :
Type de contention :		
Ceinture :	☐ Oui	
Poignet :	☐ 1	☐ 2
Cheville :	☐ 1	☐ 2
Justification clinique :		
Signature médecin		
APPLICATION DE LA MESURE		
Début de la mesure :	Date :	Heure :
Fin de la mesure :	Date :	Heure :
Type de contention :		
Ceinture :	☐ Oui	
Poignet :	☐ G	☐ D
Cheville :	☐ G	☐ D
Signature infirmière		

Cette feuille est conservée dans le dossier et une copie est placée dans le registre de d'unité

Doct Contention - M&I janv.2018

PRESCRIPTION D'UNE MESURE DE PRIVATION DE LIBERTE

NOM et PRENOM : N° DE CH : DATE et HEURE DE DEBUT :

JUSTIFICATION CLINIQUE :	
TYPE DE MESURE A APPLIQUER : ☐ chambre fermée ☐ contention partielle ☐ contention complète	
DUREE MAXIMALE D'APPLICATION : (NB : max. 24h, si pas de MEO)	
PREVISION DE SORTIES BREVES DE LA CH. : oui non <i>Si oui, précisez durée et fréquence :</i>	
SURVEILLANCE VIDEO : oui non (NB : uniquement si risques élevés de suicide, d'automutilation ou d'agression physique)	

Traitement à administrer :

Précisez : Complémentaire
 Alternatif

Traitement :

Conditions particulières :

Fréquence :

Surveillance à réaliser :

SURVEILLANCES SOMATIQUE ET BIOLOGIQUE	Oui / Non	Fréquence/ 24h
• Etat de conscience		
• TA, RC		
• Rythme respiratoire		
• T°		
• Autres (Précisez)		

Date et signature médicale

Signature infirmière

MESURE LEVEE, leà

11/10/04

1 - Spécificités liées à la fonction médicale

Traitements :

- Communiquer tout changement de traitement : soit en l'imprimant soit en prévenant l'infirmier présent au bureau.
- En cas de refus de traitement per os et instauration d'une injection, nécessité que le médecin l'annonce au patient avec un membre du nursing et soit présent si possible lors de l'IM. (particularité du vendredi passage du JDP où il faut attendre la confirmation)

Consigne médicale :

- Mettre des notes dans _____ par rapport aux statuts de sorties et lorsqu'il y a un isolement (consigne claire).
- Des consignes de « prévention » de la part du psychiatre du P (ex : veille de WE, jours fériés, en cas de risque de fugue ou de passage à l'acte) doivent être mises dans _____ et peuvent servir de référence pour le nursing et le médecin de garde.
- Homogénéité, tant que faire se peut, des consignes entre médecin :
 - o concernant les temps d'isolement : passage à l'acte + 24h puis ré-évaluation (cela peut être prolongé) .Toute mise en iso ne doit pas spécialement durer 24h, cela peut être moins.
 - o les consommations : toute conso ou suspicion de conso amène à un test + mise en sortie interdite le temps d'avoir les résultats + éventuellement fouille. Tout refus de se soumettre au test est assimilé à une conso.
 - o les changements de statuts de sortie : tout changement de statut de sortie doit être communiqué en temps réel au nursing : soit par écrit via une note _____ soit oralement via l'infirmier présent au bureau.

Absences des médecins :

- Être prévenu des congés des médecins la veille : le médecin doit envoyer un mail de rappel à _____ la veille de son congé, le noter sur le tableau _____. Toute absence imprévue le jour même, d'un médecin, doit faire l'objet d'un appel au chef de service + à _____ + à l'accueil

Isolement :

- les patients en isolements doivent être prioritaires // aux autres patients. Ainsi qu'être vu par leur médecin en chambre d'isolement accompagné d'un membre du nursing pour leur annoncer les consignes, heures de sorties, traitements (injections) : cela permet une cohérence dans les paroles et a une fonction apaisante pour le patient.
- Un patient en iso qui y reste plusieurs jours doit être vu au moins 1 fois par jour par son médecin ou le médecin de garde.

Réunion (débriefing) :

- le mardi, mercredi et jeudi prendre 5-10 min devant le tableau pour faire le point dès l'arrivée de chaque médecin. Le médecin doit avoir fait ce petit rapport avant de commencer à voir les patients afin d'avoir les info les plus actuelles (situation urgentes, isolement, conso, etc.)

2- Fonctionnement de la référence A

La référence est un travail en binôme : nursing+ paramédical auquel s'ajoute le psychiatre.

A cela s'ajoute une supervision par une Assistante Sociale pour chaque patient dès son entrée, si ce n'est pas déjà l'AS qui prend le patient en référence dans le binôme

De ce fait, l'AS prend une référence maximum en tant que paramédicale.

Ce sont les membres du binôme qui continuent à faire toutes les démarches liées à l'accueil du patient (tant social qu'autre) mais ils peuvent se référer, en cas de questions ou de difficultés à l'expertise de l'AS définie pour chaque patient.

Il est convenu également que si un contact téléphonique doit être pris avec un CPAS, cette tâche incombe d'office à l'AS. En effet, c'est une demande du CPAS de parler à une AS et les questions sont tellement spécialisées qu'elles requièrent des connaissances approfondies.

L'objectif de la prise en charge du binôme est, en quelques jours, de faire une lecture serrée, globale et clinique pour la réunion du jeudi matin. L'objectif est de rencontrer le patient, de voir ce qu'il dit de ce qui lui arrive. Il faut rechercher le point qui a amené à la privation de liberté. Il est important de ramener le plus d'éléments possibles. Il est donc important de se renseigner auprès de l'entourage et des personnes concernées par le patient et la mise en observation. De rechercher les antécédents, le suivi extérieur,...

Au vu de l'ampleur du travail, il s'agit de se répartir le travail, de discuter ensemble entre référents.

Utilisation plus importante du tableau blanc : noter ce qui est fait et à faire.

Si la famille passe en visite, essayer de les rencontrer pour prendre leur écho.

Même si le patient ne le désire pas, il faut s'autoriser à contacter les familles si nécessaire, car l'important est de réaliser une hétéro-anamnèse. Au A, c'est plus un travail de récolte d'informations qu'un véritable travail thérapeutique, quoique c'est là qu'il peut aussi s'engager...

Il est important qu'il y ait une solidarité dans l'équipe, une bonne communication. Les binômes (trinômes) servent à faciliter la rencontre et le partage du travail. Ne pas hésiter à s'envoyer des mails si les horaires entre référents sont incompatibles, ni à laisser des notes dans H+++ (état des lieux de ce qui a été fait)

Il est plus facile de travailler ensemble et de ne pas s'imposer des choses.

En résumé :

Partie A

-Vérification assurabilité mutuelle

-Demande d'envoi de certificat

-Réalisation du réquisitoire

-Contact avec les référents sociaux du patient

(Administrateur de biens, assistantes sociales extérieures, famille, etc.)

Binômes de
référents, (+supervision AS)

-Encodage de ces différentes informations dans

(deux icônes à compléter, notes évolution et

page « données sociales »)

-Vérification de la bonne complétion des deux

Icones (certif, réquisitoires) dans sous les 5 jours

-Vérification de la pertinence des informations notées

dans les icônes au regard de ce qui est indiqué

dans la page « données sociales »

-questionnement du référent para dans les cas

d'oubli de complétion des deux icônes.

-Contact avec les CPAS

Assistantes sociales

-Envoi certificats et encodage programme Ambu 90

Aides logistiques

Partie B

-Réalisation du projet social de sortie et des démarches extérieures

-Contact avec les référents sociaux du patient (administrateur de biens

CPAS, assistances sociales extérieurs, famille, etc.)



Les assistantes sociales en concertation et collaboration avec les référents du patient (psychiatre, nursing, psychologue, médiatrice interculturelle)

3- Modalités de contact entre intervenants et messages

Modalités de contact avec les intervenants de (médecins, paramédicaux, etc) :

- 1- Les travailleurs sont joignables durant leurs horaires de présence qui sont affichés à [redacted]
Dans ces périodes, ils sont contactables de plusieurs manières :
 - a. Contact direct à privilégier quand ils sont dans les locaux du RDC de [redacted]
 - b. Par téléphone (ligne directe de leur bureau)
 - c. Par e-mail (les mails sont fréquemment relevés)
 - d. En montant à l'étage dans leur bureau pour aller les voir directement (si ligne occupée par exemple)
- 2- Chaque intervenant a ses patients en référence, néanmoins, en cas d'urgence
 - a. pour une question sociale, les 2 AS sont disponibles à répondre dans la mesure de leur possibilité
 - b. pour une question médicale, il en va de même : autre médecin présent dans l'unité ou médecin de garde.
- 3- Si un intervenant fixe un rdv [redacted] avec un patient. Il s'engage dès lors à être présent au rdv ou, s'il y a un empêchement de dernière minute, de prévoir par téléphone le service qui transmet le message au patient.

- 4- Si un message doit être pris, il existe un formulaire ad hoc sur chaque bureau : merci de toujours veiller à remplir les informations demandées (le nom de celui qui prend le message, la date, le nom de l'appelant, son numéro de téléphone et sa demande le plus précisément possible) . Le message est ensuite déposé dans le casier de la personne concernée.

4- Accompagnement des patients à l'extérieur

Les accompagnements sociaux sont des accompagnements cliniques et thérapeutiques, c'est un moment de rencontre.

Dans l'idéal, le patient et l'un de ses référents se chargent d'organiser cet accompagnement (au minimum, une personne qui est engagé dans la prise en charge). Dans la mesure du possible, c'est la personne qui appelle qui accompagne le patient. Sauf si un accompagnement familial est possible.

Il est également intéressant de voir avec le patient quel accompagnement il nécessite et, dans la mesure du possible, de l'impliquer dans la mise en place de celui-ci.

Si cela n'est pas possible : se référer aux autres référents nursing ou paramédicaux. Attention, cette personne doit toujours se référer à son N+1.

Pour s'assurer que toute cette organisation soit possible, il ne faut pas organiser de rendez-vous dans l'urgence.

Pour les rendez-vous médicaux, en général, c'est le nursing qui gère car les demandes médicales leurs sont formulées.

A savoir que, les stagiaires ont également l'autorisation d'accompagner les patients pour les rendez-vous médicaux.

Moyens de locomotions pour les accompagnements à l'extérieur :

-
- Les taxis-chèques : Les chèques sont à demander aux assistantes sociales. Si aucune n'est disponible, il y a une réserve de chèques dans le coffre. Il est important de remplir le talon du chèque : montant et nom du patient.
- Concernant l'usage des chèques taxi : 1 chèque + forfait attente (25 euros /heure) par accompagnement.

- une attention doit être portée sur le compteur du taximan : branché sur tarif A (tarif zonal) et non pas tarif B (tarif interzonal)
- Patient assistance : Problème de fiabilité. Dr. [] s'occupe de contacter un responsable. A éviter pour l'instant.
- Croix-Rouge si ambulance nécessaire
- Véhicule sanitaire léger via autre compagnie.
- STIB : un accord a été convenu avec la Direction pour que des tickets de 10 voyages soient disponibles à l'usage du patient et des accompagnants.

L'accompagnement à l'extérieur avec les stewards devient trop compliqué au vu de la diminution de l'effectif pour []

5- Visites

1- Visites lors des premiers jours

- A l'entrée du patient, lors de l'examen d'entrée réalisé par le médecin et un membre du nursing, la question des visites doit, tant que faire se peut, être abordé avec le patient. Ce qu'il souhaite doit être le plus possible respecté mais peut être tempéré par nos constatations et l'indication ou contre-indication médicale à une visite peut prévaloir.
- Chaque visite doit être évaluée lors des premiers jours d'hospitalisation : chaque visite qui se présente sur place reste dans le sas d'entrée le temps d'évaluer :
 - o Qui est la visite, lien avec le patient
 - o Que veut le patient par rapport à cette visite
 - o Adéquation de la visite : refuser l'entrée si visite manifestement agressive ou sous l'emprise de toxiques.
 - o Prévenir tant le patient que la famille que les visites ne sont pas systématiquement autorisées pour des raisons de sécurité et qu'avant de venir, un coup de téléphone s'impose.

2- Dans le courant de l'hospitalisation

- Les visites sont autorisées de 15 à 18h00 (moment du repas du soir). Au-delà de cette heure, les visites ne seront accordées qu'après avis médical. La visite ne doit pas dépasser 2h en durée.
- Un tableau permet d'inscrire toutes les exceptions (refus du patient de voir telle personne, interdiction de visite pour telle autre,...) ou icônes dans []

- Toutes les visites qui amènent des difficultés en lien avec la sécurité du patient ou des travailleurs sont interdites jusqu'à réévaluation en équipe avec le médecin.
 - o Suspension pendant 2 jours puis reprise progressive
 - o Limitation des visites (1j/2, 1j/3)
 - o Se référer à l'avis du patient
 - Une affiche va être mise dans le sas d'entrée
- « Vous êtes dans un service fermé d'hospitalisation sous contrainte dans le cadre de la loi du 26.06.90 relative à la protection de la personne des malades mentaux. Pour des raisons de sécurité, les visites ne sont pas autorisées. Toutefois, certaines visites pourront être accordées après évaluation et accord médical. Dans ce cas, les visites sont autorisées uniquement de 15h à 18h00 et pour une durée maximale de 2h. »
- Les visites des enfants de moins de 16 ans peuvent s'organiser, après évaluation médicale : elles auront lieu pour une durée d'une heure maximum au début, en présence d'un membre du personnel, dans le local aménagé à cet effet, au 1^{er} étage

6- Gestion des avances et de l'argent de poche

- 1- Avances : Les demandes d'avance d'argent de poche sont réalisées
 - a. Soit par un des référents du patient demandeur auprès de l'assistante sociale qui supervise sa situation. Dans ce cas, l'assistante sociale remplit et signe le document nécessaire et le transmet ensuite au référent. Ce dernier transmet à son tour le document à l'admission qui lui remet l'argent.
 - b. Soit par l'assistante sociale elle-même. Dans ce cas, l'assistante sociale gère l'ensemble de la démarche avec le patient.

Il est par ailleurs important que la fiche d'argent de poche, présente dans le dossier papier, soit bien signée par le patient lorsqu'il reçoit son avance.

- 2- Argent de poche : L'assistante sociale du patient organise avec l'admission la répartition de l'argent de poche sur la semaine. Ce dernier est récupéré par un membre du nursing auprès de l'admission.

7- Gestion des appels téléphoniques

- À son arrivée, chaque patient a droit à deux appels téléphoniques

- Par la suite, chaque appel passé du bureau est facturé à 5euros/jour. Pour des raisons de faisabilité et de coût, la limite est fixée à un appel par jour.

PROCEDURES RELATIVES A LA SECURITE

1- Transfert du patient en ambulance

Lorsque le nombre de travailleurs est suffisant, le transfert du patient à partir de la salle d'urgences jusqu'à notre service s'organise avec les ambulances de la Croix-Rouge et sans l'appel de la police. Cela permet une meilleure prise en charge clinique du patient dès le début et un raccourcissement conséquent des délais de transfert d'un patient (diminution radicale des arrivées de patients le soir, diminution de la durée de séjour du patient en chambre d'isolement aux urgences).

Un logiciel a été créé pour guider le travailleur dès réception de l'information d'une entrée jusqu'à l'arrivée du patient. Le travailleur, en concertation avec le psychiatre ou l'infirmière psychiatrique des urgences, organise le transport. Il est épaulé par son Infirmier chef à la demande.

Il n'effectue jamais un transfert lui-même si un risque de passage à l'acte est évalué (appel du 100 et de la police dans ce cas-là).

Tous les infirmiers ont été formés aussi bien à la prise de ces décisions qu'aux différents scénarios durant le transport.

Ligne : MEO urgente →	désigné → si disponibilité de personnel suffisante :
organisation du transfert des urgences à	via la Croix-Rouge et avec un infirmier de

2- Arrivée du patient à

Tout patient arrivant à A (sauf exception quand patient en maintien, connu, voire même demandeur de sa réintégration) est mis en chambre fermée. En cas d'agitation majeure à l'arrivée, le patient est contentonné également à ce moment-là.

L'ouverture éventuelle de la porte (ainsi que la décontention si elle a eu lieu) ne se fait qu'après que le médecin ait fait l'examen d'entrée.

Lors de cet examen d'entrée, les premières questions anamnestiques sont posées, et les grands interdits de l'unité sont rappelés (pas de violence, pas de consommation de toxiques, pas de vols).

L'ouverture de la porte peut être :

- immédiate
- retardée à une évaluation future le lendemain (si agressivité et dangerosité patente)
- conditionnée à un ou plusieurs éléments (la prise de traitement, patient calme quand il se réveille, etc.)

Arrivée du patient médicale	A : chambre fermée (+ contention si nécessaire) jusqu'à évaluation médicale
-----------------------------	---

3- Passage à l'acte hétéro-agressif

Il a été décidé que pour tout passage à l'acte hétéro-agressif tant vis-à-vis du personnel que vis-à-vis d'autres patients, le patient doit être mis en chambre médicalisée fermée pendant 24 heures avec un traitement adéquat (éventuellement rehaussé) et si absolument nécessaire, une contention. La mise en chambre médicalisée se fait sur indication médicale.

En cas d'urgence, le personnel infirmier agit d'abord puis prévient immédiatement le médecin (soit du service, soit de garde).

La sortie de la chambre médicalisée se fait après évaluation par le médecin (soit du patient, soit de garde). Elle est conditionnée à un certain nombre d'éléments : débriefing fait avec le patient de ce qui s'est passé, acceptation d'une éventuelle adaptation du traitement, éléments mis en place (tant pour le patient que pour le personnel) pour éviter un nouveau passage à l'acte.

Appel peut être fait à la police en cas de dangerosité massive et de situation ingérable par le seul personnel présent sur place.

Le moment de la sortie de la chambre médicalisée est également évalué :

- Le personnel doit être suffisamment nombreux (les sorties d'isolement le matin et début d'après-midi sont à privilégier),
- La sortie se fait en dehors des heures de réunion, et le vendredi après-midi avant le week-end est particulièrement à éviter
- L'éventualité d'un nouveau passage à l'acte ou comportement menaçant doit être prévu :
 - o Passe la nuit en chambre de sécurité de 20h à 08h
 - o Évaluation de l'état à 20h et en fonction, peut être mis en chambre de sécurité pour la nuit
 - o Retourne en chambre de sécurité si nouveau comportement menaçant,
 - o traitement adapté prévu en ces circonstances

Isolement si passage à l'acte hétéro-agressif : 24h en chambre médicalisée fermée avec - surveillance - adaptation du traitement - évaluation éventuelle contention

Sortie de l'isolement après - évaluation médicale - évaluation des conditions de la sortie (traitement, statut de sortie) - évaluation du risque de récurrence et plan d'action

4- Agressivité verbale répétée

Il est convenu que lors d'agressivité verbale répétée, de propos menaçants qui n'ont de cesse, et suite à une évaluation médicale, le patient peut être mis en chambre médicalisée fermée pour une durée convenue avec le médecin.

Cette mise en chambre médicalisée doit néanmoins faire suite à une interpellation du patient qui doit être prévenu que si ces comportements se répètent dans le courant de la journée, un terme y sera mis par une mise à l'abri en chambre médicalisée.

Isolement pour une durée variable et à déterminer au cas par cas en cas de comportement menaçant

5- Mise en danger par le tabac

L'hôpital et le service sont des lieux non-fumeurs, un fumoir est mis à la disposition des patients dans le jardin. Certains patients non seulement ne respectent pas cette interdiction mais continuent à fumer dans leur chambre et dans leur lit, ce qui constitue un danger manifeste vu leur traitement et le risque élevé de somnolence.

Une première étape est de récupérer les cigarettes et de les donner au patient soit à la demande, soit une fois par heure. Lors d'une deuxième étape, si le comportement persiste (plusieurs fois par jour, plusieurs jours d'affilée), le patient peut être mis en chambre médicalisée fermée pendant 2 heures à chaque fois qu'il est surpris à fumer dans sa chambre. Cette décision fait également l'objet d'une évaluation médicale. Le caractère dangereux du comportement de tabagisme dans les chambres est avant tout bien expliqué au patient.

Fumer en chambre : prise en charge

- 1- Explication des risques
- 2- Si pas suffisant, gestion du tabac par les infirmiers au bureau
- 3- Si comportement persistant et dangereux (risque d'incendie) : 2h en chambre médicalisée fermée

6- Évaluation préventive des nuits chez patient en crise

Pour tout patient en phase plus aiguë (signes de tension, agitation, agressivité, nuit précédente difficile), une évaluation est faite avec le médecin durant la journée et en tous cas avant le we. Les consignes du médecin, en plus d'être discutées oralement, seront écrites clairement dans le dossier. Le médecin préviendra également le patient de ces consignes.

Plusieurs moments de réunions formelles sont prévus afin de passer en revue tous les patients et d'envisager les mesures à prendre : lundi matin, mardi après-midi, jeudi matin, vendredi matin. En plus de ces réunions, des moments informels sont prévus à l'arrivée de chaque médecin dans le service pour ses patients.

Différentes options peuvent être envisagées, à décider au cas par cas :

- Mise en chambre fermée pour la nuit entre 20h (avant que les infirmiers de nuit ne soient seuls avec le cas) et 08 h (quand patient est en chambre seule).
- Mise en chambre médicalisée fermée entre 20 h et 08h (quand patient est en chambre commune)
- Prise d'un traitement oral vers 20h (encore en présence de l'équipe de jour), injection IM si refus du traitement per os

Evaluation du risque de passage à l'acte chez patients en crise avec aménagement au cas par cas des nuits et du traitement

7- Gestion des patients en chambre médicalisée fermée

Une procédure est présente sur [] et doit être suivie pour toute mise en chambre médicalisée d'un patient.

Les caméras de sécurité peuvent être branchées pour des vérifications brèves et régulières de la situation du patient en isolement.

L'équipe de soins va toujours à au-moins deux personnes dans la chambre.

Les étudiants ne sont pas habilités à agir en première ligne ou à remplacer un travailleur pour aller dans les chambres fermées.

Dès qu'un patient sort d'une chambre médicalisée, elle est prioritairement reconditionnée afin de pouvoir accueillir une situation inattendue.

Lorsque toutes les chambres médicalisées sont occupées, le point est mis en question.

Un test pilote est réalisé à [] pour l'utilisation d'aiguille « safety lock » lors des IM en chambre médicalisée avec une technique de recapuchonage de l'aiguille dès la sortie du muscle afin d'éviter tout accident de travail par piqûre.

Gestion des patients en chambre médicalisée

- On n'y va jamais seul
- Caméra de sécurité branchée de façon ponctuelle sur indication médicale
- Surveillance régulière

8- Gestion des réserves

Vu la patientèle accueillie à [] vu la dangerosité de certains patients et l'imminence de passages à l'acte pas toujours prévisibles, des réserves médicamenteuses doivent être mises en place à l'arrivée du patient. Hors urgence et quand un médecin est présent dans le service, les réserves se donnent après confirmation du médecin. En cas d'urgence, le nursing peut donner une réserve prévue dans le traitement et en informer le médecin par la suite.

Ces réserves doivent être clairement explicitées quant à leur posologie et quant à leur indication.

Par exemple :

Temesta exp 2.5mg max 3x/jour si anxiété majeure

Etumine 40mg 1 comp si insomnie.

Pour information, à titre d'exemple, et sans obligation d'utilisation par le médecin qui réalise l'entrée, une entrée nommée « réserves habituelles psychose » est créée dans [] eprenant les réserves les plus couramment prescrites à []

Réserve médicamenteuse nécessaire

- Demander au médecin du patient
- Si absent : demander au médecin de garde
- Sauf si urgence manifeste nécessitant d'agir immédiatement : se référer aux réserves prévues à cet effet puis informer immédiatement le médecin du patient ou de garde

9- Gestion des consommations

Lors de retours de sortie, toute consommation ou suspicion de consommation doit être confrontée avec le patient.

Lorsqu'un patient est clairement sous l'influence d'une substance et que son comportement peut gêner les autres patients ou être source de dangerosité, le patient ayant consommé est mis en chambre médicalisée jusqu'à réévaluation médicale.

Nous pouvons demander un test urinaire (cannabis, cocaïne, opiacés, amphétamines) ou un test sanguin (alcool).

Le patient est mis en sortie interdite jusqu'aux résultats du test, ensuite son statut de sortie est discuté avec le médecin en fonction des résultats et sera adapté au cas par cas.

Tout patient qui refuse un test sera assimilé à un résultat positif : il sera mis en sortie interdite pendant 2 jours puis son statut sera réévalué avec son médecin.

Consommation ou suspicion de consommation (alcool, cannabis, etc) :

- Faire un test de dosage et patient en sortie interdite jusqu'aux résultats du test. Ensuite, le statut est ré-évalué par le médecin du patient
- Tout patient refusant de réaliser le test sera mis d'office 2 jours en sortie interdite

10- Gestion des fouilles

Tout patient hospitalisé à peut faire l'objet de fouilles afin de prévenir l'introduction et l'utilisation à l'intérieur du service de substances toxiques (alcool, médicaments surnuméraires, drogues) ainsi que d'objets dangereux (armes, couteaux, outil, etc.)

Ces fouilles concernent les possessions du patient, sa chambre et ses vêtements. Il n'y a néanmoins pas de fouille dite « intime ».

Les fouilles se font également en présence du patient mais sans avertissement préalable.

Fouilles possibles en cas de nécessité et en présence du patient.

11- Appel d'urgence

Une procédure existe dans intranet

En cas de situation urgente, toute personne de toute unité peut lancer un appel afin d'être aidé ou secouru par le personnel de la clinique. L'appel à l'aide se fait lorsque toutes les autres possibilités ont été épuisées.

La sollicitation de renfort peut se faire par téléphone pour éviter l'effet de masse qui renforcerait l'agitation mais cet élément n'est pas prédictible.

L'appel à la police peut être envisagé.

La procédure :

1. L'unité qui appelle de l'aide est organisatrice de l'intervention.
1. Idéalement, **une** personne de l'unité accueille les intervenants et les oriente.
1. **Le coordinateur de l'intervention** explique les circonstances amenant à cette intervention (nom du patient, résumé de la situation...) son objectif (administration médication, apaiser situation d'auto ou d'hétéroagressivité...) et son aboutissement (chambre de sécurité, IM, contentions...) et définit Qui fait Quoi et Comment.

Le coordinateur peut déléguer la gestion de la crise à un tiers si cela apparaît bénéfique.

1. En général, c'est l'unité qui appelle qui administre le traitement.
1. Durant l'intervention, un membre de l'équipe appelante continue à verbaliser au patient ce qui se passe et ce que l'on fait.
1. Un temps de débriefing est possible immédiatement.

Chaque travailleur doit connaître, dans l'ensemble de la clinique, où se trouvent les chambres médicalisées, le matériel et les produits d'injection, le matériel de contention et son utilisation, les gestes de maîtrise physique

possède 5 bips géo-localisés. Un plan en couleur qui se trouve dans l'Intranet reflète cette localisation avec la nomenclature correspondante à ce qui s'affiche sur les bips. Ce plan est également montré aux équipes de

Procédure d'appel d'urgence :

- poire d'urgence
- désignation d'un coordinateur de l'intervention

Pour les chambres d'isolement ou de sécurité**LA MISE EN CHAMBRE****1.1. Mesures de sécurité**

Retrait des objets dangereux (outils, briquet, cigarettes...), des vêtements susceptibles d'être utilisés à des fins d'autolyse (soutien-gorge...), mise en sous-vêtements ou vêtements de nuit...
Installation du patient dans/sur le lit ou/et sous contention, suivant prescription.
Inventaire des effets personnels et placement dans une armoire personnelle ; objets de valeur à orienter vers le coffre de l'admission.
Détermination de la fréquence des visites infirmières

1.2. Suivi de la prescription médicale

Application du traitement, si prescrit
Réalisation de la surveillance prescrite

1.3. Hydratation

Veiller à la proximité d'une cruche d'eau fraîche et d'un gobelet

1.4. Confort

Veiller à une aération suffisante
Attention aux excès de soleil

1.5. Elimination

Si possible, faire uriner avant la mise en chambre
Fournir, si nécessaire., urinal et seau hygiénique

1.6. Communication

Informier le patient au sujet de la mesure prise
Prévenir ou convenir avec lui des moments de visites infirmières, des sorties brèves si prévues et informer des soins programmés
La présence de visiteurs externes est à envisager au cas par cas. Informer, si néc., les proches.

1.7. Suivi administratif

Remplir l'agenda-répertoire « ch. de séc. » et veiller à la signature médicale
Mettre en route le doc. de suivi infirmier spécifique (y programmer l'horaire des visites et des surveillances prescrites)
Co-signer la prescription médicale

1. PENDANT LA MESURE**1.1. Sécurité**

Mise en place de mesures afin de réduire les risques d'autolyse telles que :

Ne pas laisser le patient fumer seul

Si sortie dans le petit salon attenant, empêcher l'accès à la SDB, à l'utility, aux autres chambres...

.....

NB : une surveillance vidéo ne dispense en aucun cas les soignants des visites en chambre, prévues à un rythme pré-défini ; elle ne les remplace pas et ne sont qu'un moyen complémentaire d'assurer la sécurité.

1.2. Hydratation

Vigilance ++ ; aide, si nécessaire

1.3. Alimentation

Vaisselle en plastique, sans couteau ; ne pas laisser de canettes métalliques ; ne pas laisser le plateau en bois

Vérifier ce qui a été ingéré ; aide, si nécessaire.

1.4. Élimination (urines – selles)

Vigilance ++

1.5. Hygiène

Toilette (SDB ou en ch.) et change du lit quotidien

Petites toilettes et change, quand nécessaire

Veiller à ce que la chambre soit entretenue à fond chaque jour ; +, si nécessaire

1.6. Surveillances infirmières

Surveillance de la prise, de l'efficacité du traitement et effets secondaires

Surveillances somatique et biologique suivant prescription

Observation physique (téguments, risques liés à l'immobilisation, faciès....) à chaque visite

Observation psychique (attitudes, comportements, expression verbale, non-verbale...)

Observation du sommeil

1.7. Communication

Présence infirmière / entrevue en fonction du patient et de l'évolution de son état

Si surveillance vidéo, avertir le patient et lui expliquer.

1.8. Suivi administratif

Tenir à jour l'enregistrement des diverses données recueillies et veiller à leur transmission au médecin.

1. APRES LA MESURE

Veiller à ce que le patient ait la possibilité de parler de l'expérience vécue.

Rappel préliminaire:

Toute mesure privative de liberté, qu'il s'agisse du maintien en chambre fermée ou du maintien en chambre avec application de contention, doit être mise en œuvre dans une perspective exclusivement thérapeutique, et avoir un caractère strictement provisoire (cf. Charte Ethique, art.1). Elle sera donc, par définition, exceptionnelle et appliquée par défaut d'efficacité de toute autre mesure thérapeutique.

Dispositions pratiques:

Toutes les conditions ci-après doivent être remplies:

1. La procédure est prescrite par un médecin de la clinique. S'il y a urgence, la mesure peut être prescrite par téléphone sur appel d'un membre de l'équipe nursing. Dans ce cas, le médecin vérifiera ultérieurement, par les moyens qu'il estime utiles, si l'état clinique du patient justifiait une telle mesure. En cas d'extrême urgence, la mesure peut s'appliquer avant le contact téléphonique. Le médecin sera consulté aussitôt après .
2. Le document spécifique (annexe) est immédiatement et complètement rempli: nom du patient, date et heure de début, description de l'état clinique justifiant la mesure, type de mesure etc... signature du médecin prescripteur et de l'infirmier(e) responsable de l'application. Ce document est placé en 1^{ère} page du dossier du patient aussi longtemps que dure la mesure. Toute modification à la prescription nécessite l'élaboration d'un nouveau document. Ils seront conservés au dossier.
3. L'infirmier(e) qui a réceptionné l'ordre médical met en œuvre la surveillance prescrite ainsi que les soins infirmiers d'observation et de surveillance spécifiques à ce type de mesure (cf feuille de suivi infirmier/résultats).
4. Le médecin titulaire du patient est informé au plus vite de la procédure appliquée, s'il n'a pas lui-même prescrit la mesure.

III. Annexe I de l'arrêté royal du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

COORDINATION OFFICIEUSE – acn (8 avril 2016)



Annexe I. - Liste des prestations techniques ~~du~~ **de l'art infirmier** pouvant être accomplies par des praticiens de l'art infirmier fixée en application de l'article (21quinquies, §3) - AR du 7 octobre 2002, art. 3 - M.B. du 07/11/2002, p. 50587) de l'arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967).

Légende :

B1 = prestations ne requérant pas de prescription médicale.

B2 = prestations requérant une prescription médicale.

B1

B2

1. TRAITEMENTS

1.1. Système respiratoire

Aspiration et drainage des voies aériennes	Manipulation et surveillance d'un système de drainage thoracique
Soins infirmiers et surveillance auprès des patients ayant une voie respiratoire artificielle	Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens invasifs.
Manipulation et surveillance d'appareils de respiration contrôlée	
Réanimation cardio-pulmonaire avec des moyens non invasifs.	
Administration d'oxygène	

1.2. Système circulatoire

Placement d'un cathéter intraveineux dans une veine périphérique, prélèvement de sang et perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique, application éventuelle d'un régulateur du débit.	Application de bandages ou de bas destinés à prévenir et/ou à traiter des affections veineuses
	Préparation, administration et surveillance de perfusions et de transfusions intraveineuses éventuellement moyennant l'emploi d'appareils particuliers
Placement d'une perfusion intraveineuse avec une solution saline isotonique via un système porte sous cutané en connexion avec une veine, prélèvement de sang et application d'un régulateur du débit.	Surveillance et manipulation d'appareils de circulation extracorporelle et de contreperfusion
	Enlèvement de cathéters artériels et intraveineux profonds
	Prélèvement et traitement de sang transfusionnel et de ses dérivés
	La saignée

1.3. Système digestif

Enlèvement manuel de fécalome	Préparation, réalisation et surveillance d'un : - Lavage gastrique - Lavage intestinal - Lavement - Tubage et drainage gastro-intestinal
	- Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde de gastrostomie à ballonnet.

1.4. Système urogénital

Irrigation vaginale	Préparation, administration et surveillance d'un(e) : - Sonde vésicale - Instillation urétrale - Drainage de l'appareil urinaire
Soins vulvaires aseptiques	- Retrait, changement après fistulisation (à l'exception du premier changement à effectuer par le médecin) et surveillance d'une sonde vésicale sus-pubienne à ballonnet.

1.5. Peau et organes des sens.

Préparation, réalisation et surveillance de : - Soins de plaies - Soins aux stomies, plaies avec mèches et drains - Enlèvement de corps étrangers non incrustés dans les yeux	Préparation, réalisation et surveillance de : - enlèvement de matériels de suture cutanée, de mèches et de drains et de cathéters cutanés. - lavage du nez, des oreilles et des yeux - thérapie utilisant la chaleur et le froid - bains thérapeutiques - enlèvement d'un cathéter épidural Application thérapeutique d'une source de lumière. Application de ventouses, sangsues et larves.
--	---

1.6. Métabolisme

	Préparation, réalisation et surveillance d'une : - hémodialyse - hémoperfusion - plasmaphérese - dialyse péritonéale Maintien du bilan hydrique
--	--

4. HYGIENE

Soins d'hygiène spécifiques préparatoires à un examen ou à un traitement	
- Soins d'hygiène chez les patients souffrant de dysfonction de l'A.V.Q.	

5. SECURITE PHYSIQUE.

Transport des patients, nécessitant une surveillance constante	
Mesures de prévention de lésions corporelles : moyens de contention, procédure d'isolement, prévention de chutes, surveillance	
Mesures de prévention des infections	
Mesures de prévention d'escarres	

6. ACTIVITES DE SOINS INFIRMIERS LIEES A L'ETABLISSEMENT DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT

Mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques	Préparation et assistance lors d'interventions invasives de diagnostic
Mesure de la glycémie par prise de sang capillaire	Manipulation d'appareils d'investigation (et de traitement des divers systèmes fonctionnels
	Prélèvements et collecte de sécrétions et d'excrétions.
	Prélèvement de sang : - par ponction veineuse ou capillaire - par cathéter artériel en place
	Administration et interprétation de tests intradermiques et cutanés

7. ASSISTANCE LORS DE PRESTATIONS MEDICALES

Gestion de l'équipement chirurgical et d'anesthésie	Participation à l'assistance et à la surveillance du patient durant l'anesthésie
Préparation du patient à l'anesthésie et à une intervention chirurgicale	Préparation, assistance et instrumentation lors d'une intervention chirurgicale ou médicale

1.7. Administration de médicaments

	Préparation et administration de médicaments par les voies suivantes : - orale (y compris par inhalation) - rectale - vaginale - sous-cutanée - intramusculaire - intraveineuse - respiratoire - par hypodermoclyse - par cathéter gastro-intestinal - par drains - application de collyre - gouttes auriculaires - percutanée
	Préparation et administration de vaccins <i>(AR du 22/02/2016, art. 1 – MB du 30/03/2016, p. 21598)</i>
	Préparation et administration d'une dose d'entretien médicamenteuse au moyen d'un cathéter épidural, intrathécal, intraventriculaire, dans le plexus, placé par le médecin dans le but de réaliser une analgésie chez le patient

1.8. Techniques particulières

Soins infirmiers aux prématurés avec utilisation d'un incubateur	Enlèvement des plâtres
Surveillance de la préparation du matériel à stériliser et de la procédure de stérilisation	Drainage du liquide intracérébral par un drain ventriculaire sous contrôle permanent de la pression intracrânienne.
Manipulation des produits radioactifs	Application du traitement par contention physique pour toute lésion après manipulation éventuelle par le médecin telles que les applications de plâtres, de plâtres de synthèse et d'autres techniques de contention.

2. ALIMENTATION ET HYDRATATION

Alimentation et hydratation entérales	Alimentation parentérale
---------------------------------------	--------------------------

3. MOBILISATIONS

Installation et surveillance d'un patient dans une position fonctionnelle avec support technique	
--	--

IV. Circulaire ministérielle (Région wallonne) du 26 octobre 2009 à l'attention des hôpitaux généraux et des hôpitaux psychiatriques



Département de la Santé et des
Infrastructures Médico-sociales
Direction des Soins hospitaliers
Avenue Gouverneur Bovesse, 100
5100 Namur (Jambes)
Tél. : 081/327 211 Fax : 081/327 272

Circulaire à l'attention des hôpitaux généraux
et des hôpitaux psychiatriques

Namur, le 26 OCT. 2009

Nos réf. : O50602/2009/
Votre contact : Magali Mosbeux
Tél. : 081 32 72 89 • Fax : 081 32 72 72
Mél : magali.mosbeux@spw.wallonie.be

Objet : Procédure d'isolement et chambres d'isolement

A la suite d'une réflexion menée en concertation avec le groupe de travail « psychiatrie » du Conseil wallon des Etablissements de soins (cf. *Avis du 15 mai 2009 relatif à la privation de liberté en psychiatrie* joint en annexe) et pour répondre à de nombreuses sollicitations du secteur, le département des soins hospitaliers a décidé de proposer un document qui pourrait servir de référentiel sur le sujet de la mise en isolement et de la chambre d'isolement tant en psychiatrie que dans les services d'urgence des hôpitaux généraux.

En effet, bien qu'il soit apparu ces dernières années dans le chef du législateur un souci permanent et croissant de protéger les patients contre toute forme d'abus et de maltraitance¹, aucun texte ne décrit avec précision les conditions (procédure, description, équipement,...) dans lesquelles il peut être fait usage de la mise en isolement².

De même, si les annexes à l'A.R. du 23 octobre 1964 fixant les normes auxquelles les hôpitaux doivent répondre prévoient bien pour les index A, T et K l'obligation de disposer de chambres d'observation *en vue de l'isolement des malades agités* et si l'A.R. du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction « soins urgents spécialisés » doit répondre prévoit bien l'obligation de disposer d'un *local permettant de protéger les patients présentant une pathologie psychiatrique aiguë contre l'automutilation et de les isoler des autres patients*, ces textes restent flous sur le nombre de chambres requis ainsi que sur leur aménagement intérieur.

¹ Cf. Loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux, Loi du 18 juillet 1991 relative à la protection des biens des personnes totalement ou partiellement incapables d'en assumer la gestion en raison de leur état physique ou mental, Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

² Seul l'article 5 de la loi du 26 juin 1990 prévoit l'obligation pour le médecin de signer un registre « de contraintes » et l'obligation pour le personnel infirmier d'assurer un contrôle intensif et régulier des patients isolés.

DIRECTION GÉNÉRALE OPÉRATIONNELLE
DES POUVOIRS LOCAUX, DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ
Rue Van Oproé 91, B-5100 Namur (Jambes) • Fax : 081 32 37 80
Pouvoirs locaux : tél. : 081 32 37 11 • Action sociale et Santé : tél. : 081 32 72 11

J'attire bien entendu votre attention sur le fait qu'il n'appartient pas à la Région wallonne de proposer des normes supplémentaires en la matière. Il faut donc considérer ce référentiel comme un ensemble de recommandations à suivre et non comme de nouvelles obligations à rencontrer en vue de l'agrément.

Mes services sont évidemment bien conscients de la complexité du sujet et de la diversité des situations auxquelles vous êtes confrontés sur le terrain. Cette circulaire a pour but principal d'interpeller chaque soignant sur ses pratiques quotidiennes, mais aussi de sensibiliser les gestionnaires aux aspects techniques et organisationnels de la question.

Cette remise en question et toutes les réflexions éthiques qui en découlent se doivent en effet d'être permanentes dans les unités de soins où il arrive que des personnes soient temporairement privées de liberté. C'est là l'unique manière d'offrir à des patients aux capacités de jugement altérées la protection, le respect et les soins auxquels ils ont droit.

La Ministre de la Santé, de l'Action sociale et
de l'Egalité des Chances



Eliane TILLIEUX

Annexe 1

Référentiel pour enclencher une mesure d'isolement en psychiatrie ou dans un service d'urgences

Préambule :

Le département des soins hospitaliers rappelle que le recours à l'isolement doit rester une mesure d'exception qui est appliquée au patient présentant des troubles du comportement aigus susceptibles de mettre en danger sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui.

Cette mesure doit toujours pouvoir se justifier d'un point de vue thérapeutique. Elle ne peut en aucun cas être utilisée à titre de punition ou dans le but de maintenir l'ordre dans une unité de soins. Elle constitue une étape dans un processus de soins qui doit permettre de rétablir au plus vite la relation entre un patient et le personnel soignant.

Bien que la législation ne l'impose pas, le département des soins hospitaliers préconise par ailleurs la tenue d'un registre similaire à celui qui est imposé dans le cadre de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux. A cet effet, l'idée du recours à un registre à double entrée pourrait être privilégiée (une page pour les mesures de protection et une autre pour les patients « librement admis »).

De même, afin de respecter la loi relative aux droits du patient, particulièrement dans sa partie qui concerne le droit de consentir librement à toute intervention (article 8 de la loi), le département des soins hospitaliers recommande aux hôpitaux :

- d'élaborer en concertation pluridisciplinaire des règlements d'ordre intérieur à faire approuver par chaque patient et qui décriraient en particulier les modalités de fonctionnement de chaque unité (service ouvert, semi-ouvert ou fermé pour raisons médicales) ainsi que les situations d'absolue nécessité susceptibles d'enclencher une mesure de contrainte (contention ou isolement) ;
- d'informer le patient ou son représentant légal sur les mesures de contrainte (contention ou isolement) qui pourraient lui être appliquées en cas d'urgence et d'absolue nécessité.

Recommandation visant à organiser une mesure de mise en isolement :

1. Pour tout patient placé en chambre d'isolement, le registre doit reprendre son identité, la date de début et de fin de la mesure, le type d'isolement (avec ou sans contention), les motifs et le cas échéant, les raisons du maintien au-delà d'une période de 24 heures. Les contre-indications somatiques dont pourrait souffrir le patient lors d'une mise en isolement seront consignées dans son dossier.
2. Si le patient vient d'une autre unité de soins, son dossier patient et toutes les informations nécessaires à sa prise en charge seront fournies dans les plus brefs délais.
3. La mesure de mise en chambre d'isolement ainsi que sa levée constituent des actes médicaux dans le sens où elles enclenchent un processus de soins particulier. La décision d'une mise en isolement nécessite donc une prescription médicale préalable ou si elle est prise en l'absence d'un médecin, elle doit être confirmée par une prescription médicale dans les plus brefs délais. Une visite médicale sera dans tous les cas également préconisée dans les meilleurs délais.

4. La mise en isolement et chaque renouvellement sont prescrits pour une période maximale de 24 heures. On évitera dans tous les cas de laisser un patient en chambre d'isolement pour une période supérieure à 72 heures.
5. La mise en chambre d'isolement est effectuée dans des conditions de sécurité optimale pour le patient et pour l'équipe soignante. L'absence de tout objet dangereux dans la chambre ou sur le patient sera vérifiée.
6. De même, les facteurs de risque éventuels (suicide, automutilation, confusion, risques métaboliques, médicamenteux...) seront identifiés et feront l'objet d'une surveillance accrue.
7. Pour des raisons de sécurité (évacuation dans l'urgence), une procédure interne de signalement en temps réel de la présence et de la sortie d'un patient d'une chambre d'isolement devra être élaborée (ex. : désignation d'un référent « isolement »).
8. Le patient ainsi que sa famille ou son représentant légal reçoivent toutes les informations nécessaires sur les objectifs, la nature, le degré d'urgence, la durée et les modalités de la mise en isolement. Son consentement écrit préalablement à toute mesure de contrainte aura idéalement été consigné dans son dossier.
9. En cas de recours à la contention physique, celle-ci sera réalisée avec le matériel adéquat, en toute sécurité pour le patient et en tenant compte de son confort. Une procédure organisant la contention physique devrait d'ailleurs être élaborée par chaque institution (ex. : suivant les cas, préconiser d'attacher trois ou quatre membres + ceinture, interdire d'attacher les deux pieds + ceinture pour éviter les chutes,...).
10. En cas de prolongation d'une mesure d'isolement au-delà de deux heures, le patient devra recevoir la visite d'un médecin au moins une fois par jour. On veillera dans tous les cas à ce qu'un patient placé en chambre d'isolement reçoive la visite d'un infirmier au minimum toutes les heures et en cas de crise, toutes les demi-heures voire tous les quarts d'heure.
11. Un rythme programmé de surveillance à la fois psychique et somatique est organisé en concertation avec le médecin, respecté et consigné dans le registre. Dans tous les cas, le maintien de la relation ne doit jamais être interrompu avec le patient (rassurer le patient sur ce qu'on a fait de ses « affaires », lui proposer à boire,...).
12. La surveillance des paramètres biologiques est réalisée au minimum toutes les heures ou de manière plus rapprochée si l'état du patient le nécessite.
13. Si la mesure d'isolement se prolonge au-delà de deux heures et si l'état du patient le permet, le séjour en chambre d'isolement sera interrompu par des sorties de courte durée (isolement « discontinu »). Idéalement, la chambre d'isolement devrait être attenante à un sas qui permette ces sorties progressives.
14. L'hygiène du patient et de la chambre est assurée durant la durée de la mesure de mise en isolement.
15. Un double du registre de mise en isolement est intégré au dossier du patient. Certaines institutions ont développé une feuille de prescription d'une mesure d'isolement dont vous trouverez un modèle en annexe.

16. Pour la sécurité du personnel soignant, mais aussi du patient, les soins se feront toujours en présence d'un infirmier et d'une deuxième personne (à l'exception du personnel logistique et des stagiaires).

Recommandations visant l'aménagement d'une chambre d'isolement

La direction des soins hospitaliers préconise de suivre les recommandations suivantes :

1. Définition :

La chambre d'isolement qu'on appelle aussi chambre d'observation est un dispositif qui permet de maintenir et d'assurer la continuité des soins pour des patients en état de crise. Le recours à cette pièce spécifiquement aménagée à cet usage doit être restreint, sur prescription médicale, aux patients dont la maladie mentale est avérée et pour qui l'isolement constitue le dernier recours à défaut de tout autre traitement approprié, si son état le requiert soit parce qu'il met gravement en péril sa santé et sa sécurité soit parce qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui.

La chambre d'hospitalisation ne peut en aucun cas servir de chambre d'isolement.

On prévoira idéalement une chambre d'isolement par unité de 30 lits pour les services A et T, une chambre d'isolement par unité de 20 lits K et au moins une chambre d'isolement dans tous les services d'urgence spécialisés (S.U.S.).

2. Implantation :

La chambre d'isolement sera localisée à proximité du local de garde afin d'en faciliter la surveillance requise et afin d'en évacuer rapidement l'occupant en cas d'incendie. Cette chambre devra en même temps être conçue de manière à être isolée du reste de l'unité (chambre en retrait ou sas intermédiaire) afin de limiter l'escalade éventuelle d'agressivité que pourrait occasionner la promiscuité des autres patients et afin de préserver l'intimité du patient isolé.

3. Aménagement :

3.1. Cette chambre doit être conçue de la manière la plus sûre possible (matériaux lisses, solides et résistants notamment pour les portes et les fenêtres, aucun élément en saillie ou en retrait...) afin d'atténuer au maximum toute manifestation d'agressivité et afin d'empêcher tout risque d'automutilation ou de suicide. Le choix des couleurs et des matériaux en atténueront au maximum l'effet carcéral. Le lien avec le monde extérieur sera par ailleurs maintenu au maximum notamment grâce à la présence d'une horloge murale, d'un système de radiodiffusion, mais aussi d'un système d'appel.

3.2. La chambre d'isolement ne pourra en aucun cas avoir des dimensions inférieures à celles d'une chambre d'hospitalisation, soit un minimum de 8 m². Toutefois, afin de permettre un bon dégagement autour du lit et l'éventualité d'une intervention de plusieurs soignants à la fois, il conviendrait idéalement que la chambre d'isolement ait une superficie supérieure à ces 8 m². Le plafond ne devrait pas être accessible au patient et dans tous les cas, les systèmes d'éclairage, de détection incendie et de ventilation devront absolument être protégés.

3.3. La chambre sera pourvue d'une fenêtre donnant vers l'extérieur et équipée d'un système d'occultation uniquement manipulable par le personnel soignant. De même, un

système d'ouverture limité à 10 centimètres sera prévu afin d'en limiter également l'usage au personnel soignant.

3.4. La porte n'aura pas de poignée intérieure ni d'accès possible à la serrure. Elle sera équipée d'une fenêtre d'observation en verre securil, pourvue d'un système d'occultation extérieur uniquement activable par le personnel soignant.

3.5. L'ameublement de la chambre sera idéalement limité à un lit fixé au sol, éventuellement à un matelas seul. Le matelas devra dans tous les cas être ignifuge, hydrofuge et très solide.

3.6. La chambre d'isolement peut être pourvue d'un système sanitaire (W.C. uniquement) en aluminium et dont la chasse d'eau est uniquement actionnable de l'extérieur.

3.7. Le cas échéant, un sas entre la chambre d'isolement et l'unité sera pourvu de mobilier plus complet (un fauteuil, une table...) et permettra le retour progressif du patient isolé dans son unité d'hospitalisation.

3.8. Bien que le recours à une caméra de surveillance ne soit pas le système le plus adapté en termes de respect de la vie privée et de l'intimité, on tolérera ce système de surveillance pour autant que le patient ait été informé de son existence, pour autant qu'il lui garantisse un minimum d'intimité (caméra pas braquée sur le W.C.), pour autant que la surveillance infirmière « physique » soit maintenue et pour autant que les images filmées soient uniquement visibles depuis la salle de garde et ne soient pas enregistrées.

Avis du 15 mai 2009 relatif à la privation de liberté en psychiatrie

Alors qu'en dehors des mesures prévues dans la loi relative à la protection des malades mentaux, le diagnostic et le traitement des troubles psychiques ne peuvent donner lieu à aucune restriction de la liberté individuelle (cf. art. 1^{er} de la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des malades mentaux), on constate en psychiatrie que quel que soit le statut de la personne hospitalisée (admission libre ou forcée), la limitation de la liberté fait souvent partie des nécessités de la prise en charge thérapeutique.

Pourtant, si l'on se place du point de vue strict du législateur, il faut rappeler qu'en dehors des textes légaux spécifiques pour lesquelles des procédures claires ont été définies (cf. loi du 26 juin 1990 ou loi de défense sociale), toute limite physique constitue une contrainte, une privation de liberté qui est contraire aux droits élémentaires de tout être humain.

Du point de vue du praticien par contre, il faut rappeler que la maladie mentale met en jeu des principes fondamentaux qui sont difficilement compatibles : le droit à la liberté individuelle, y compris celui d'accepter ou de refuser d'être soigné et le droit à la protection de la société contre le danger pour autrui ou pour soi-même.

De manière concrète, dans les hospitalisations volontaires, c'est-à-dire celles qui s'inscrivent en-dehors du cadre de la loi du 26 juin 1990, la limitation de la liberté doit constituer une mesure d'exception. En pratique, on constate qu'elle se présente globalement sous trois formes :

- la fermeture de l'unité de soins dans laquelle le patient est hospitalisé même si un mode d'ouverture est bien prévu (bouton poussoir, code d'accès...) ;
- les moyens de contention ;
- l'isolement dans une chambre individuelle strictement destinée à cet usage.

1. La fermeture des unités de soins

Indépendamment de la loi du 26 juin 1990, le groupe de travail rappelle que la porte d'une unité ou d'un service psychiatrique ne devrait jamais être fermée puisque tout patient qui se fait librement admettre dans un service doit pouvoir le quitter à tout moment (cf. art. 3 de la loi du 26 juin 1990).

Sur cette base, le groupe de travail recommande aux hôpitaux d'adopter pour chaque unité de soins « fermée » un règlement d'ordre intérieur qui prévoit les mesures de privation de liberté à prendre dans des situations exceptionnelles ainsi que les raisons médicales qui justifient la fermeture de l'unité dans le but de protéger les patients qui y séjournent ou les autres patients qui séjournent dans le même établissement. Au moment de son admission, le patient est informé de ce règlement et l'accepte.

Exemples : pathologies confuses (Alzheimer, Korsakoff,...), promiscuité avec d'autres services au sein d'un hôpital général, enfermement librement consenti dans le cadre d'un contrat thérapeutique pour un sevrage.

Le groupe rappelle par ailleurs que la signature d'une décharge par un patient qui, en dépit de l'avis médical souhaite quitter un service dans lequel il est hospitalisé ne libère pas le médecin ou l'hôpital de leur responsabilité. Il recommande ici aussi que le règlement d'ordre

intérieur prévoit une procédure interne établie au préalable en concertation pluridisciplinaire et qui définisse les modalités de rupture de contrat thérapeutique afin de garantir au patient l'assurance de la continuité des soins.

2. Les moyens de contention

Le groupe rappelle que le recours à la contention, particulièrement la contention physique, doit rester une mesure d'exception qui est appliquée au patient dont le comportement est susceptible de mettre en danger sa santé, sa sécurité ou celle d'autrui. Il estime à cet égard que pour des raisons de sécurité, la contention devrait toujours se faire dans une chambre d'observation spécifiquement aménagée à cet usage.

La contention est un acte médical qui doit toujours pouvoir se justifier d'un point de vue thérapeutique. Elle ne peut en aucun cas être utilisée à titre de punition ou pour maintenir l'ordre dans une unité de soins.

Bien que l'A.R. du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des prestations techniques de soins infirmiers et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier prévoit bien que le personnel infirmier peut, de manière générale et sans prescription médicale, recourir à des moyens de contention pour prévenir tout risque de chute ou de lésion corporelle (liste des actes B1), le groupe estime qu'il convient en psychiatrie, pour éviter toute dérive :

- de décrire le recours à des moyens de contention dans des procédures ou des plans de soins établis à l'attention du personnel infirmier en concertation avec le corps médical (indications et contre-indications de telles mesures, durées,...) ;
- de consigner tout recours à un moyen de contention dans un registre similaire à celui utilisé dans le cadre des mesures de mises en isolement (début et fin de la mesure, surveillance mise en place,...) ;
- de faire confirmer tout recours à un moyen de contention, ainsi que sa levée, par un médecin dans les plus brefs délais.

Dans tous les cas et conformément à l'article 8 §1^{er} de la loi relative aux droits du patient, le groupe de travail recommande au praticien professionnel de consigner dans la mesure du possible dans le dossier du patient le consentement de ce dernier ou de son représentant légal quant à une mesure de contention qui devrait lui être appliquée en urgence.

Enfin, le groupe de travail rappelle qu'un soin psychiatrique adéquat devrait en principe pouvoir s'appliquer sans recourir à la force. A cet égard, il souligne l'importance de mieux former le personnel des services psychiatriques à la prévention et à la gestion de la violence.

3. L'isolement

Le groupe de travail estime que les recommandations relatives aux moyens de contention peuvent s'appliquer in extenso à celles que l'on peut donner dans le cadre d'une mesure de mise en isolement.

Il insiste néanmoins sur l'importance :

- de consigner tout recours à la chambre d'isolement dans un registre similaire à celui qu'il est obligatoire de tenir dans le cadre de la mise en isolement des patients qui font l'objet d'une mesure de protection ;
- de limiter la durée de la mise en isolement imposée pour une période de maximum 24 heures ; au-là de cette période, une mesure légale de protection devrait être envisagée ;
- de faire confirmer au plus vite la mesure par un médecin ;
- de donner au patient et à sa famille les explications sur les raisons, les buts et les modalités de la mesure ;
- de maintenir la relation et la surveillance du patient durant la période de l'isolement.

A ce propos, le groupe convient du fait que le recours à une caméra de surveillance dans les chambres d'isolement n'est pas contraire à la protection de la vie privée pour autant :

- qu'il constitue un moyen d'augmenter la sécurité du patient ; la caméra de surveillance ne peut en aucun cas remplacer une surveillance physique régulière ;
- que le patient soit informé de son existence (où et dans quel but) ;
- que son intimité soit préservée au maximum (on veillera particulièrement à préserver le W.C. du champ de la caméra) ;
- que la poste de surveillance soit strictement installée dans le local infirmier, de manière à ce que des visiteurs éventuels ne puissent pas y avoir accès ;
- que l'on ne garde aucun enregistrement des images filmées.

Le groupe de travail considère enfin que la loi sur les hôpitaux n'est pas suffisamment précise sur la question des chambres d'isolement ainsi que sur les mesures de sécurité en vigueur dans les services psychiatriques. Il souhaiterait dès lors que les services d'inspection de la Région wallonne déterminent de manière plus précise les exigences qu'ils ont sur la question.

Annexe 3

MODELE DE FEUILLE DE PRESCRIPTION

Identification de l'unité de soins:		Feuille de prescription d'une mesure d'isolement: j = 1	
Nom du patient:		Date et heure de début de la mesure d'isolement:	
Prénom du patient:		Nom, prénom et numéro du dossier:	
Etat clinique (Nursing)		Motifs, contexte et modalités de la mesure d'isolement	
1 Description de l'état clinique du patient à l'initiation de la mesure d'isolement 2 Description du contexte précédant l'isolement 3 Mesures alternatives proposées / engagées 4 Relations avec les autres patients, le personnel 5 Autres:		Motifs: ☐ risque majeur d'acting hostile-agressif ☐ risque majeur de tentative de suicide ☐ risque majeur d'autosurveillance ☐ réaction psychomotrice majeure ☐ confusion / désorientation majeure ☐ destruction / destruction majeure ☐ risque majeur de pyromanie ☐ autre:	
6 L'isolement du patient par rapport aux circonstances de la mise en isolement et propositions du patient:		Contexte: ☐ à la demande du patient (ne peut être coché seul) ☐ sur avis médical ☐ autre (à préciser):	
7 Avis médical 8 Description de l'état clinique du patient et décision 9 Décision du patient par rapport aux circonstances de la mise en isolement et propositions du patient:		Modalités: ☐ mise en chambre d'isolement (sans contention) ☐ mise en chambre d'isolement avec contention ☐ 3 heures + 1 heure ☐ 4 heures + 1 heure ☐ autre (à préciser):	
10 Prescription thérapeutique 11 Adjoint en traitement médicamenteux 12 Plaintes somatiques:		Soins thérapeutiques planifiés: ☐ oui à préciser ☐ non ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10	
13 Programme de surveillance et de soins: 14 Divers:		15 Traitement pharmacologique: 16 Traitement électroconvulsif: 17 Suivi psychologique: 18 Soins: 19 Soins d'urgence - date et heure 20 Remarques:	

V. Proposition de loi relative à l'isolement et à la contention dans les soins de santé mentale.

Article 1^{er}. Définitions.

Pour la présente loi, il faut entendre par :

1° Isolement : Le « *placement du patient à visée de protection, lors d'une phase critique de sa prise en charge thérapeutique, dans un espace dont il ne peut sortir librement et qui est séparé des autres patients*⁴⁹¹. »

2° Contention : La « *privation de liberté résultant d'une immobilisation du patient dans le but d'assurer sa sécurité ou celle d'autrui*⁴⁹² ». Celle-ci peut être manuelle, mécanique, ou chimique.

Article 2. Champ d'application.

L'isolement et la contention ne peuvent être mis en œuvre que dans le cadre d'une hospitalisation forcée prévue par la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux ou par la loi du 5 mai 2014 relative à l'internement.

Article 3. Le principe de subsidiarité.

L'isolement et la contention sont des mesures de soins de santé mentale de dernier recours qui ne peuvent être mises en œuvre qu'exceptionnellement, en cas d'échec d'alternative.

⁴⁹¹ Haute Autorité de la Santé, *op. cit.*, p. 9.

⁴⁹² *Ibid.*

Article 4. Le cadre logistique.

§1^{er}. Tout service de soins de santé mentale doit disposer des outils nécessaires pour appliquer les mesures d'isolement et de contention en toute sécurité, moyennant une procédure écrite et claire, un matériel adéquat et de bonne qualité et une formation adaptée du personnel soignant.

§2. Le Roi détermine les conditions que doivent remplir les procédures précitées et la fonction de formateur. Il prévoit également des exemples de procédures-types sur la base d'avis d'experts.

Article 5. Les objectifs de l'isolement et de la contention.

Seuls les objectifs de sécurité et de soins peuvent justifier un isolement ou une contention. Il est interdit de les mettre en œuvre dans le seul but de confort du personnel soignant ou de punition.

Article 6. Le respect des droits du patient.

§1^{er}. La mise en œuvre de l'isolement et de la contention respecte les droits du patient prévus dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, dont le droit au consentement libre et éclairé du patient de l'article 8 de cette loi, et la représentation légale prévue aux articles 12 et suivants de la loi.

Le praticien donne toutes les informations nécessaires au patient dans des termes compréhensibles.

§2. Si le patient ou son représentant refuse de donner son consentement, seul le juge de paix est compétent pour décider de la mise en œuvre de l'isolement ou de la contention.

§3. S'il s'agit d'un cas d'urgence, l'isolement ou la contention peut être mis en œuvre provisoirement dans l'intérêt du patient, moyennant notification dans les deux heures au juge de paix qui statuera dans les plus brefs délais sur le maintien ou non de la mesure.

Article 7. La collaboration avec le patient et ses proches.

§1^{er}. Le patient est associé à ses soins dans la mesure de sa compréhension, tel qu'il est prévu par l'article 14, § 4 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

§2. Le praticien agit en collaboration avec les proches du patient, sauf si le praticien justifie qu'ils représentent un obstacle au bien-être du patient.

Article 8. La proportionnalité.

La mesure d'isolement ou de contention est proportionnelle au danger ou aux soins qu'elle justifie.

Article 9. La concertation pluridisciplinaire préalable.

§1^{er}. Une concertation pluridisciplinaire de l'équipe soignante du patient précède toute mesure d'isolement ou de contention.

Elle réunit toute l'équipe soignante du patient qui recherche les causes de l'agitation du patient. Chaque praticien de l'équipe fait part de son avis sur la nécessité de la mesure.

§2. En cas d'impossibilité de concertation pluridisciplinaire préalable due à l'urgence, la concertation pluridisciplinaire se déroule postérieurement à la mise en œuvre de la mesure.

Article 10. La prescription médicale.

§1^{er}. L'isolement ou la contention d'un patient ne peut être mis en œuvre que sur prescription médicale du médecin psychiatre en charge du patient, ou, en cas d'indisponibilité de celui-ci, d'un autre psychiatre de l'institution en charge du patient.

§2. Dans le cas où l'urgence rend impossible la demande de prescription auprès d'un psychiatre avant de procéder à la mesure, le soignant qui aura procédé à la contention ou à l'isolement expliquera dans un rapport explicite les raisons de cette impossibilité et de l'urgence, et consultera le psychiatre en charge du patient, qui confirmera ou infirmera le maintien de cette mesure par une prescription médicale dans les plus brefs délais déterminés par le Roi.

§3. Le Roi prévoit un modèle-type de prescription, sur la base d'avis d'experts.

Article 11. Une surveillance accrue.

§1^{er}. Tout isolement ou contention ne pourra avoir lieu qu'à la condition d'une surveillance accrue régulière et physique effectuée par des prestataires de soins formés à cet effet.

§2. Le Roi détermine les modalités de cette surveillance.

Article 12. Inscription dans le dossier médical du patient et dans un registre contrôlé.

§1^{er}. Toute mesure d'isolement ou de contention sera précisément inscrite dans le dossier médical du patient ainsi que dans un registre des isolements et contentions et sera signée par les prestataires de soins ayant mis en œuvre la mesure et par le médecin ayant prescrit la mesure.

§2. Le Roi détermine les modalités de contrôle de ces documents.

Article 13. Durée maximale.

§1^{er}. L'isolement ne peut être mis en œuvre que pour une période de ... heures maximum. Celle-ci n'est renouvelable que sur prescription médicale, conformément à l'article 9.

§2. La contention ne peut être mise en œuvre que pour une période de ... heures maximum. Celle-ci n'est renouvelable que sur prescription médicale, conformément à l'article 9.

Article 14. Sanction pénale.

Toute violation de la présente loi sera punie d'une amende de ... euros ou d'un emprisonnement de ... à ... , sans préjudice du droit pénal commun.

